

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

- MM. ERNEST BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
P. DIDAY, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon.
A. DOYON, médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
A. FOURNIER, professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
médecin de l'hôpital Saint-Louis.
GAILLETON, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
P. HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital du Midi.
ROLLET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
TRASBOT, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort.
-

TOME II. — 1881.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1881

LETTERS

THE NATIONAL ARCHIVES



1947-1948

THE NATIONAL ARCHIVES
COLLECTIONS
1947-1948

1947-1948

1947-1948

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES

I.

NOUVELLES RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LA PRÉ-
PUSTULATION ET LA PUSTULATION VARIOLIQUES,

par le professeur **J. RENAUT.**

(Travail du laboratoire d'Anatomie générale de la Faculté de médecine de Lyon.)

Je me propose de donner ici le résumé de mes recherches sur la structure de la pustule variolique. Aucun point circonscrit d'anatomie pathologique cutanée n'a été, peut-être, l'objet de plus de controverses dans ces dernières années. Un détail de la structure de la pustule a surtout servi de prétexte aux discussions depuis le travail fondamental de MM. Auspitz et Basch (*Arch. de Virchow*, t. XXXIV, 1863). C'est le réseau ou *appareil réticulaire* (Kaposi) qui se produit au sein des couches de Malpighi dès

le début de la formation pustulaire, et qui prépare, pour ainsi dire, à la suppuration, une cavité cloisonnée destinée à en recevoir les produits.

Je suis d'autant mieux amené à revenir sur ce sujet (1) que, dans un résumé bibliographique compendieux, placé en tête de son mémoire sur la formation des pustules (2), un jeune médecin d'avenir, M. Henri Leloir, m'a attribué, sur le mode de formation de l'appareil réticulaire des vésicules que l'on observe dans la peau érysipélateuse, une opinion absolument erronée. Dans l'esprit de M. Leloir, je fais dériver le réseau précité de la transformation de noyaux par dilatation des nucléoles; et l'auteur ajoute que : « cette opinion, d'après laquelle les vésicules, pustules, et bulles, proviendraient de la dilatation du noyau, se rencontre chez un certain nombre d'auteurs parmi lesquels » *Luginbulhl.* »

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer ici qu'en concluant de la sorte, M. Leloir a fait preuve d'une érudition tout à fait incomplète. Si, en effet, à la page 22 de mon mémoire, j'ai parlé du rôle que joue l'altération des noyaux des cellules malpighiennes dans la production de la bulle ou phlyctène, j'ai décrit, à la page 24, l'évolution des vésicules minuscules qui donnent parfois à la peau érysipélateuse l'aspect de l'écorce d'une orange; et j'ai indiqué le mode de formation de l'appareil réticulaire dans les termes suivants :

« Les petites vésicules..... ont une tout autre origine que les phlyctènes; leur mode d'évolution les rapproche beaucoup des pustules. On voit à leur niveau, dans la couche moyenne du corps muqueux, des masses opalescentes très réfringentes, ne se colorant pas par le carmin, se développer dans le protoplasma des cellules épidermiques, grossir, refouler latéralement le noyau, et donner lieu en fin de compte à d'énormes cellules vésiculeuses qui s'ouvrent les unes dans les autres. Dans les cavités ainsi produites, on voit des cellules épidermiques à protoplasma granuleux, semblables à celles de l'épiderme embryonnaire, et contenant un ou plusieurs noyaux vésiculeux; à côté d'elles on rencontre des globules blancs. Ces derniers ne sont vraisemblablement que des cellules migratrices qui traversent la couche profonde

(1) Voy. mes *Leçons sur la structure de la peau*, publiées dans ce journal.

(2) *Archives de physiologie*, 1890, n° 2, page 315.

du corps muqueux, et pénètrent ensuite dans la petite cavité formée au centre de la lésion par suite de la rupture des cellules vésiculeuses. C'est, du reste par un mécanisme analogue que se forment les pustules varioliques, ou celles consécutives à l'action du croton et du tartre stibié sur la peau (1). » Cette citation suffira, pour montrer que je n'avais pas en 1874, sur la signification du réseau de filaments qui cloisonnent les vésicules et les pustules, l'opinion absurde (2) que l'on m'a attribuée (3). Je vais maintenant passer à la description de la prépuستule variolique et de la pustule qui la suit.

I

PREMIÈRE PÉRIODE ÉVOLUTIVE : PAPULATION.

Si l'on étudie la lésion cutanée de la variole au quatrième jour de la maladie, sur la peau du visage, par exemple, on ne trouve autre chose que les phénomènes ordinaires de la papulation. Il n'existe rien qu'une lésion congestive du derme, accompagnée d'un peu d'infiltration œdémateuse surtout marquée par la dilatation des lymphatiques capillaires, creusés comme des lacunes dans l'épaisseur du derme, et constituant, au sein de ce dernier, comme des espaces interfasciculaires géants, à paroi festonnée et tapissée d'endothélium gonflé, à lumière remplie par un caillot fourni par la lymphe surprise et fixée sur place par le réactif coagulant. (Acide osmique en solution à 1 p. 200). La congestion vasculaire est, à ce moment, complètement effacée dès que la circulation a cessé. On peut même observer un fait singulier : sur la peau retranchée du cadavre quelques heures après la mort, et dans laquelle on a poussé une injection vasculaire, les vaisseaux étant bien perméables et les tissus restant encore véritablement vi-

(1) J. Renaut, *Contribution à l'histoire de l'érysipèle et des œdèmes de la peau*, Thèse de Paris, 1874, page 24.

(2) Il est vrai que, sans cette attribution d'opinion, la théorie du développement du réseau pustulaire proposée par M. Leloir aurait beaucoup perdu de sa nouveauté.

(3) Voyez aussi ma description des vésicules et des pustules dans le *Manuel* de Cornil et Ranvier, page 1198 — et celle que j'ai donnée sommairement de la prépuستule dans mes *Leçons sur la structure de la peau*, publiées dans ce recueil, 1878, pages 334 et suivantes, 1^{re} série.

vants (1), on constate que, dans la zone qui correspond à la papule, les capillaires ne se distendent pas pleinement. Ceci tient simplement à l'existence de l'œdème léger que nous signalions tout à l'heure, et qui établit une contre-pression dans le derme. Les vaisseaux ne peuvent pas alors se développer. Il en résulte que dans la période de papulation, les réseaux vasculaires subjacents à la future pustule ne sont pas en état de *pleine circulation*. Cet état ne cessera d'ailleurs d'exister qu'au moment où s'établira, avec la suppuration, le ramollissement sur lequel a insisté avec raison M. Ranvier (*Manuel* cité, p. 4198 et *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article EPITHÉLIUM).

La papule qui précède la pustule variolique est régulièrement arrondie, à la façon, du reste, de la plupart des lésions congésitives du tégument. Ceci tient simplement à ce que l'action névro-paralytique qui détermine la papulation est circonscrite, pour chaque papule, à une artériole commandant à l'un des petits systèmes capillaires que j'appelle *cônes vasculaires* de la peau. L'axe de ces cônes étant perpendiculaire à la surface du tégument, leur base est parallèle à cette dernière, et l'injection de tout le système donne lieu à la production d'une lésion circulaire, elliptique, ou tout au moins limitée par une courbe fermée qui en dessine la marge (2).

II

DEUXIÈME PÉRIODE : PRÉPUSTULATION.

a). On sait que les cellules du réseau de Malpighi sont, à l'état normal, départies en deux zones : l'une claire et hyaline, ou faiblement granuleuse, entoure le noyau, l'autre, périphérique, est dense et présente le caractère des formations *exoplastiques* (Haeckel). C'est de la zone périphérique de la cellule que partent les pointes protoplasmiques qui traversent les lignes de ciment interépithéliales, et qui rendent solidaires les uns des autres les

(1) On ampute par exemple un doigt et on l'injecte au bleu de prusse soluble par une collatérale dégagée, le reste du doigt étant pris dans l'anse d'un serre-nœud.

(2) Voy. à cet égard mes *Leçons sur l'ectoderme*, publiées dans ce journal, 1878, page 427.

corps cellulaires adjacents entre eux. Quand la lésion préparatoire de la pustule (que j'ai appelée *prépustule* parce que son processus évolutif présente une individualité remarquable) va se former sur un point, on voit, au-dessous de la ligne granuleuse et du stratum lucidum, la zone centrale périnucléaire du point intéressé s'agrandir et former un cercle clair autour du noyau. Ainsi que je l'ai fait observer en 1874 (*Thèse inaugurale*, p. 24), on remarque alors que cette zone est occupée par une sorte de boule opalescente, très réfringente, et qui ne se colore pas par le carmin. Dans les préparations examinées non plus à l'état frais, mais après l'action des réactifs coagulants et durcissants, tels que l'alcool fort ou les solutions chromiques, le globe réfringent que nous venons de mentionner se résout en une série de granulations qui prennent l'aspect d'une fine poussière. L'action du réactif dégage aussi alors un autre élément que nous étudierons un peu plus loin. Quoi qu'il en soit, c'est avec cet aspect granuleux que l'on trouve le centre des cellules Malpighiennes modifiées au début de la prépustulation, lorsque l'on examine des coupes de pièces durcies. C'est à cet état que M. Leloir a décrit la lésion prépustulaire dans son récent *Mémoire des Archives de physiologie*. Le noyau de la cellule ainsi transformée reste le plus souvent central (Leloir), ou plus rarement est déjeté sur le côté de l'élément devenu vésiculeux. La zone périphérique, hérissée de pointes, est refoulée mécaniquement de façon à se réduire à une mince bordure granuleuse ; sur nombre de points, les expansions protoplasmiques qui traversent les lignes de ciment sont écrasées et disparaissent par suite du tassement qui s'opère dans une série de cellules de Malpighi adjacentes entre elles ; parfois cependant la cloison qui sépare deux cellules vésiculeuses reste formée par les deux exoplasmes adossés, séparés par une ligne de ciment traversée de pointes biconiques intactes. Je reviendrai plus loin sur ce fait particulier. Sur la grande majorité des points la ligne de ciment est pourtant effacée par la pression, et le lieu intéressé du corps muqueux prend l'aspect d'un tissu végétal. Bientôt les cloisons qui séparent les cellules tuméfiées se rompent à force d'être distendues, et les éléments vésiculeux, devenus énormes par places, s'ouvrent les uns dans les autres. Ainsi se forme une cavité anfractueuse, cloisonnée, contenue dans la couche moyenne du corps de Malpighi. On trouve dans cette cavité de cellules épidermiques à un ou plusieurs noyaux, tuméfiées et granuleuses, et, soit rendues libres, soit englobées dans les

mailles du réticulum produit par la transformation caverneuse. Ces dernières cellules sont alors analogues aux capsules de cartilage qui persistent au sein des travées directrices de l'ossification, dans l'os cartilagineux.

Ces modifications occupent, nous avons dit, la nappe moyenne ou réseau de Malpighi, c'est-à-dire la couche intermédiaire à la zone granuleuse et à la couche de cellules cylindriques profondes (couche génératrice), elles répondent à l'altération cavitaire de M. Leloir.

b) Au-dessus de la couche génératrice, et dans une hauteur variable suivant que le corps muqueux est plus ou moins épais, on observe une autre altération qui paraît avoir échappé à la majorité des histologistes précédents (sauf peut-être à Rindfleisch (1) et à Colomiatti (2) qui paraissent d'ailleurs n'avoir fait que l'entrevoir). Les cellules du corps muqueux semblent frappées de nécrose ; leur noyau ne se colore plus régulièrement par le carmin, l'hématoxiline et la purpurine ; le corps protoplasmique, dans toute sa portion circumnucléaire, prend un aspect grenu, caractéristique de cet état que l'on est convenu d'appeler la *tuméfaction trouble* ; la zone périphérique des cellules, celle d'où émanent les pointes de Schultze, subit çà et là la même modification ; si bien que, si l'on traite les coupes par le pinceau, les corps cellulaires s'enlèvent facilement *in toto*, avec leur exoplasme épineux désagrégé, et dégagent le réseau compliqué de la substance unissante (3).

Ce réseau se montre alors comme un treillis à mailles innombrables et diversement disposées, dont les fils sont formés de fibres et de grains d'une délicatesse infinie, que le picro-carminate d'ammoniaque colore en jaune et qui se teignent en rose clair sous l'influence de l'éosine. On croirait avoir sous les yeux un réseau délicat de fibres et de grains élastiques tel que celui que M. Ranvier a démontré dans la partie la plus interne de la gaine lamelleuse des nerfs. Nous discuterons un peu plus loin la nature de ce réticulum qui n'a rien de commun avec un dépôt de fibrine

(1) Rindfleisch, *Lehrbuch d. Pathologische gewebelehre* (1875).

(2) Colomiatti, *Frammenti di dermatologia* (1876).

(3) M. Ranvier (article *Epithélium*, *Dictionnaire de Jaccoud*) avait nettement dit que certains filaments du réseau pustulaire étaient formés par la *Kittsubstanz*, mais il pensait que ce ciment était la continuation des faisceaux connectifs du derme, opinion qu'il a abandonnée depuis avec raison.

fibrillaire. La fibrine fait son apparition plus tard dans l'appareil caverneux de la prépuستule.

Ainsi, dans les parties superficielles du corps muqueux, attenantes à la ligne granuleuse, le *réseau prépuستulaire supérieur* se constitue par le mécanisme de la transformation cavitaire (Leloir); cette transformation recouvre celle particulière aux parties profondes, attenantes à la couche génératrice, et qui consiste dans la tuméfaction trouble des cellules de Malpighi, leur ramollissement, leur désintégration, et, en fin de compte, le dégagement sur ce point du réseau de la substance cimentante, constituant le *réticulum prépuستulaire inférieur*.

Sur leurs limites, ces deux ordres de lésions, l'une superficielle et l'autre profonde, se mélangent de diverses façons. On voit des bandes de tissu malpighien granuleux et ramolli s'élever dans la zone envahie par la métamorphose cavitaire, et cette dernière, d'autre part, envoyer des prolongements dans la profondeur jusqu'au voisinage de la couche de cellules cylindriques. Quoi qu'il en soit, à ce stade, l'appareil réticulaire creusé dans le corps muqueux et formé de cavités communicantes, ne contient pas encore, ni dans sa portion profonde, ni dans la superficielle, les éléments figurés de la lymphe ou du sang. Tout est seulement préparé pour recevoir un exsudat venu des vaisseaux, quel qu'il soit, et qui pourra être, suivant les circonstances, lymphatique, purulent, hémorragique. Pour ces raisons, j'ai proposé, dès 1878, de réserver à ce stade préparatoire d'un type évolutif si individuel, le nom de *Prépuستulation*. Il est du reste identique au fond dans les vésicules et dans les pustules; les premières n'étant, au point de vue histologique, qu'un cas particulier et pour ainsi dire la miniature des secondes.

Après avoir étudié la prépuستulation en général, voyons maintenant ce qu'elle présente de particulier au cours de l'évolution variolique :

c). — Ici, comme dans la vésiculation ordinaire, deux faits peuvent être observés : 1° L'apparition d'un appareil réticulaire au sein du réseau de Malpighi, au-dessous de la ligne granuleuse et du *Stratum lucidum* qui restent intacts et forment la voûte de la lésion : 2° le ramollissement de la portion profonde du corps de Malpighi et le dégagement du réticulum de substance cimentante intercellulaire.

Dans les parties profondes, ce réticulum, dégagé par l'action du pinceau, se montre sous forme de filaments fins, brillants. Au

sommet des papilles et au fond des dépressions interpapillaires, ses fibres s'élèvent verticalement comme des pinceaux de traits parallèles, reliés fréquemment les uns aux autres par des filaments transversaux. Cet aspect répond à l'apparence striée des cellules malpighiennes qui semblent, dans le sens de leur hauteur et jusqu'au voisinage de la couche granuleuse, avoir reçu l'empreinte de traits de ciment élevés le long d'elles dans une direction générale verticale. Plus tard, ces faisceaux de substance intercellulaire à direction parallèle seront refoulés de place en place, et comme tassés les uns contre les autres par suite de l'irruption brusque du liquide; ils formeront ces rétinacles filamenteux sur la nature desquels les auteurs ont tant discuté.

La lésion dégénératrice, qui frappe de mort les éléments du corps muqueux dans leur totalité et aboutit au dégagement de la *Kittsubstanz*, siège surtout, nous l'avons vu, à la portion centrale et profonde de la prépustule. A la surface de cette portion centrale, et à la périphérie, c'est la transformation cavitaire qui domine. Sur la marge de la lésion, cette transformation existe à un stade peu avancé dans toute la hauteur du corps muqueux. Ainsi, tandis qu'au centre, ce dernier subit simplement l'atrophie granuleuse dans environ la moitié de son épaisseur, à la périphérie chaque cellule augmente de volume pour devenir cavitaire, et ce, dans toute l'étendue du corps muqueux. Naturellement donc, un bourrelet marginal se forme. C'est là, à mon avis, la cause principale et la plus commune de l'ombilication du début.

L'altération cavitaire paraît constituer une sorte de réaction irritative particulière aux cellules du corps muqueux, dont on voit alors l'élément resté actif, le protoplasma périnucléaire intérieur à la coque exoplastique, se gonfler et refouler d'abord, rompre ensuite comme une cuticule inerte, l'exoplasme dentelé. Mais cette sorte de réaction de l'ectoderme autour de la rondelle centrale et profonde qui paraît frappée de nécrose, n'est pas ce que l'on observe de plus remarquable dans la formation de l'appareil réticulé prépustulaire de la variole. Au moment où le processus de réticulation débute, on remarque, sur des pustules excisées immédiatement après la mort, plongées de suite dans l'acide osmique à 1 pour 100, et durcies secondairement dans l'alcool absolu, l'existence de nombreux corpuscules ronds, brillants, résistants aux réactifs tels que la potasse, et affectant tous les caractères d'un *élément parasitaire*. Ce parasite joue, dans le mécanisme de la transformation cavitaire, un rôle capital et qui, jusqu'ici à ma connais-

sance, ne paraît avoir été signalé ni même soupçonné par personne.

Le parasite qui habite les prépuustules varioliques est caractérisé par de petites sphérules brillantes à peu près toutes du même diamètre (cependant, dans l'état jeune, les sphères qui paraissent être l'origine de toutes les autres, *les sphères mères*, sont un peu plus volumineuses); ce microbe pullule dans la lymphe de la vésico-pustule variolique, au troisième ou quatrième jour de l'éruption. Recueilli et conservé dans la chambre humide et à air, au sein du liquide clair de la vésico-pustule, il germe. Les produits de la germination sont des sphères placées bout à bout, de telle sorte que, au bout de trois ou quatre jours, les îlots parasitaires de la préparation sont constitués par de courtes branches formées de grains ronds successifs. Il n'y a rien de commun entre ce parasite et les organismes bactériens observés par Weigert dans le pus variolique ainsi que dans les organes recueillis sur des varioleux autopsiés; il s'agit ici d'un organisme sphérulaire.

Je réserve absolument la question de savoir si le microbe que je viens de décrire ici rapidement, joue un rôle dans l'infection variolique, ou s'il n'est que le simple produit de la germination, dans un milieu favorable, de l'un quelconque de ces parasites sporulaires que l'on rencontre si fréquemment dans l'épaisseur des couches épidermiques (4). Ce que je veux étudier ici, c'est son rôle mécanique dans l'édification du réticulum de la prépuustule; il est aisé de se convaincre que ce rôle est considérable.

Le parasite paraît d'abord dans la zone circumnucléaire ou *endoplastique* des cellules du corps muqueux. Parfois, à quelque distance de la prépuustule variolique, on le voit se développer et pulluler dans une cellule tout à fait isolée au sein du corps de Malpighi, et très éloignée de l'appareil réticulaire. L'endoplasme s'agrandit alors considérablement; la cellule considérée forme bientôt une grande vésicule, dont le noyau, resté central ou déjeté, est baigné par un liquide, au sein duquel les réactifs coagulants précipitent parfois la fibrine à l'état fibrillaire, et qui est rempli d'organismes sphérulaires que l'éosine teint en rose et l'héma-

(4) Cette dernière opinion est assez vraisemblable, car le rôle du parasite, dans la formation du réticulum de la prépuustule, est si important qu'on s'expliquerait difficilement que ce même parasite, ou un autre analogue agissant comme lui, n'existât pas dans la vésicule de la varicelle, par exemple, qui possède un élégant appareil réticulaire.

toxyline en violet foncé à la façon des spores de levûre de bière ou de vin. (Le microbe diffère à cet égard des parasites cutanés ordinaires, très réfractaires à toute coloration; en un instant il est imprégné par la matière colorante.) Les cellules du corps muqueux qui entourent cette petite lésion, ou *nid primitif* du microbe, sont aplaties mécaniquement par le développement excessif de la cellule envahie, et prennent grossièrement l'aspect des couches périphériques d'un globe épidermique.

Dans l'appareil réticulaire au début, les mêmes microbes existent; ils sont serrés et nombreux dans le corps de Malpighi, voisin du réticulum déjà formé; ils entourent les noyaux et entrent pour une grande part dans ce que M. Leloir a décrit, sous le nom de *pousière protoplasmique*, autour du noyau et dans la zone claire des cellules modifiées et devenues semblables à celles d'un parenchyme végétal. En se développant ainsi, en s'entourant d'un liquide coagulable évidemment émané du sang puisqu'il contient de la fibrine, et dans lequel il se cultive au sein de chaque cellule malpighienne, le microbe de la prépuistule variolique concourt puissamment à la production de l'appareil réticulaire. C'est son liquide de culture qui élargit sans cesse la zone circumnucléaire, (c'est lui qui la fait paraître hyaline et claire sur les coupes fraîches), c'est aussi lui qui refoule l'exoplasme, aplatit les pointes de Schultze, et fait éclater les cellules qui s'ouvrent par suite les unes dans les autres. Il serait cependant inexact de dire que, lorsque cette ouverture a lieu, partout les pointes qui traversent les lignes de ciment ont disparu. Sur nombre de préparations faites après l'action de l'acide osmique sur une prépuistule excisée de suite après la mort, on voit certaines parois interalvéolaires du réticulum être formées, de chaque côté, par une bordure exoplastique de laquelle se détachent des pointes de Schultze traversant les lignes de ciment. Et ceci est d'autant plus intéressant que souvent, plus bas, on voit le filament de *kittsubstanz* devenir libre, et participer à la formation du réseau inférieur de substance unissante; ce qui montre bien qu'il ne s'agit ici nullement de fibrine.

III

TERMINAISON DE LA PÉRIODE DE PRÉPUSTULATION ; INVASION DU PLASMA
FILTRÉ : TROISIÈME PÉRIODE ÉVOLUTIVE, VÉSICULE VARIOLIQUE.

Au centre de la lésion, et formant l'étage supérieur de son plancher, les couches profondes du corps muqueux sont granuleuses et frappées de nécrose. La couche génératrice commence à être altérée; elle a subi la tuméfaction trouble, mais ses noyaux se colorent encore avec activité : elle est vivante et forme une barrière à la diapédèse complète. La portion superficielle du centre de la future pustule est occupée par l'appareil réticulaire; à sa marge, la hauteur de l'ectoderme est augmentée par le développement général des cellules malpighiennes devenues vésiculeuses. La couche granuleuse et tout le stratum corné, intacts, passent sur la lésion en dessinant à son centre un léger ombilic dû à l'épaisseur moindre sur ce point. Le réticulum ne renferme que le liquide rare de culture des parasites prépustulaires. La prépustule est vide de lymphe.

A ce moment, le derme est plutôt anémique que congestionné sous la lésion : Point de vaisseaux pleins, ni de trainées de globules blancs péri-vasculaires, ni d'infiltration lymphatique des espaces interfasciculaires du tissu fibreux. *J'insiste sur ces faits qui sont caractéristiques de la période.*

Dans cet état, brusquement, la prépustule est envahie par un flot ascendant de liquide. Le long des traits verticaux de fibrilles cimentaires, écartant les cellules de la couche profonde cylindrique, ce liquide monte, envahit tout, refoule les traits de ciment sous formes de bandes à traits parallèles et rapprochés; certaines régions du réticulum sont aplaties entre deux fusées liquides et forment des lames rétinaculaires englobant dans leur épaisseur des cellules malpighiennes non encore devenues vésiculeuses au point d'éclater (1). Ainsi se forment des trainées verticales, ou obliques, ou flabelliformes, sur l'interprétation desquelles les auteurs ont varié et que Basch et Auspitz considéraient comme

(1) Ce sont ces bandes contenant des cellules qui avaient fait croire que le réticulum est dû à la dissociation du corps muqueux par une substance particulière interposée.

le corps muqueux normal, dissocié et aplati par un exsudat. Bientôt tout est rempli; le liquide surpris par le réactif coagulant se montre sous forme de masses grenues, festonnées sur leurs bords, absolument semblables aux caillots de lymphe. Ces masses diffèrent cependant des caillots lymphatiques par un caractère fondamental : *Elles ne renferment aucun globule blanc; il n'en existe point non plus alors d'erratiques dans le derme en quantité anormale.*

Le liquide qui envahit d'abord la prépuistule, comme par une sorte de brusque effraction, contient de la substance fibrinogène, qui coagule parfois sous forme de fibrine fibrillaire. Les fibrilles de cette dernière s'imbriquent alors avec les réseaux de *Kittsubstanz*, et cloisonnent les mailles de l'appareil réticulaire. Ceci rend compte des avis divers des auteurs relativement à la nature de cet appareil (1). Quant à l'absence totale de globules blancs, elle a une autre signification : le liquide primitif de la prépuistule, qui l'envahit, et bossèle sa voûte de façon à produire l'aspect grenu décrit par MM. Rilliet et Barthez sous le nom de *Piqueté de forme*, n'est donc autre chose que le plasma sanguin ou lymphatique, *filtré*, c'est-à-dire dépourvu d'éléments anatomiques figurés.

Dans le plasma qui remplit l'appareil réticulaire de la prépuistule, les parasites sphérulaires que nous avons décrits continuent à vivre. Cependant ils sont moins nombreux dans les fusées de lymphe que dans les hautes mailles du réticulum, ce qui montre bien que l'irruption du liquide fibrino-albumineux est un phénomène secondaire, et qui termine en quelque sorte la période de prépuistulation. Le réseau alvéolaire délicat édifié pendant la durée du développement prépuistulaire, et qui, lorsque l'on examine une prépuistule récente et pour ainsi dire sèche, offre une remarquable régularité, est alors rompu, distendu, tassé en bandes ou en lames, de mille façons diverses à la suite de l'envahissement de la cavité alvéolaire par le plasma sanguin filtré qui vient la distendre. A ce moment, la couche génératrice ou de cellules cylindriques est encore à peu près intacte; vraisemblablement, c'est elle qui s'oppose encore à l'envahissement des couches ectodermiques par les globules blancs, et qui *filtre*, pour ainsi dire, la sérosité sortie des vaisseaux.

Quand la prépuistule est ainsi remplie de liquide émané du

(1) Vulpian.

sang, elle prend un caractère vésiculaire vrai : C'est la vésicule variolique.

IV

PÉRIODE DE PUSTULATION PROPREMENT DITE.

Les phénomènes dont nous venons de parler n'ont qu'une existence transitoire. Bientôt la vésicule variolique se change en pustule vraie par le mécanisme suivant :

La couche génératrice ou des cellules cylindriques est à son tour affectée de tuméfaction trouble ; ses éléments, avant de mourir, subissent une sorte de retour éphémère à l'état actif. On voit les cellules prendre un aspect pyriforme, et faire saillie par leur grosse extrémité dans la cavité prépustulaire, retenues seulement par un pied effilé à leur base d'implantation sur la limite extérieure du derme. Dans cet état, la ligne des cellules cylindriques apparaît comme bourgeonnante. Les parties renflées des cellules renferment un noyau souvent bosselé, multiforme et muni d'excroissances bizarres, comme celui des cellules de la moelle des os ou des globules blancs de la lymphe ou du sang. Le protoplasma circumnucléaire est granuleux et gonflé ; l'exoplasme en devient indépendant et fait corps avec les traits de substance cimentaire. Bientôt, de place en place, les cellules ainsi modifiées se désagrègent et mettent en liberté le réseau formé par la *Kittsubstanz* et les coques exoplastiques intimement soudées, ou dégagent simplement le réseau de filaments cimentaires par une sorte de fonte granuleuse totale de l'élément cellulaire considéré dans son entier. L'exoplasme et l'endoplasme se fragmentent alors en même temps. Ces phénomènes s'accomplissant sur nombre de points à la limite du derme et de l'ectoderme, il n'existe plus entre les deux de barrière épithéliale pouvant agir comme filtre, et le liquide sorti des vaisseaux continue à envahir la cavité cloisonnée en entraînant avec lui des quantités considérables de globules blancs, accompagnés dans leur migration, comme il arrive toujours, par un plus ou moins grand nombre de globules rouges.

A ce moment, au-dessus et au pourtour de la pustule, la constitution du derme change du tout au tout. Les vaisseaux sanguins s'élargissent au point d'acquérir leurs dimensions extrêmes. Ils sont le siège d'un afflux sanguin énorme, accompagné d'une stase

qui se marque, sur les préparations, par l'accumulation de nombreux globules blancs dans la cavité des vaisseaux. Bientôt la paroi de ces derniers subit une sorte de ramollissement. Les injections de bleu de Prusse (rendu soluble dans l'eau par des hydratations successives) diffusent tout autour des capillaires (Ranvier). En même temps la diapédèse des globules blancs s'effectue largement; ces globules sortent des vaisseaux, forment le long d'eux des trainées, se répandent dans les espaces interfasciculaires du derme, gorgent les fentes et les trajets lymphatiques de ce dernier, et s'accumulent en grand nombre sur la ligne de contact du derme et de l'ectoderme. La barrière formée par la couche génératrice n'existant plus, ils émigrent par masses dans la cavité réticulée et en remplissent les alvéoles. Un véritable foyer de lymphé inflammatoire est alors formé au sein de l'ectoderme. Les globules blancs, séquestrés dans un espace limité, ne tardent pas à mourir. Ils se chargent de granulations graisseuses; le liquide de la pustule acquiert par suite un aspect latescent, puis une coloration franchement jaune. Enfin l'action du pus détruit plus ou moins rapidement le réticulum dans sa partie moyenne. A moins qu'une partie solide (un poil ou le canal contourné d'une glande sudoripare) ne traverse précisément à son centre la pustule devenue purulente, la voûte de cette dernière, dégagée de ses connexions avec les parties profondes, se soulève librement et l'ombilication disparaît. Le pus peut même fuser sur les côtés de la lésion, décoller le stratum corné du corps muqueux au niveau de la ligne granuleuse; la pustule centrale est alors entourée d'une sorte de petite phlyctène annulaire.

L'infiltration du derme existe, au-dessous de la pustule, dans toute la hauteur, et s'observe surtout, comme dans l'érysipèle, le long des gaines lamelleuses des poils, dans l'atmosphère de tissu cellulaire lâche qui entoure les glandes sudoripares, et même parfois dans le tissu cellulaire sous-cutané subjacent à la lésion. De là l'induration, la rénitence et l'état homogène et comme massif du tégument au-dessous d'une pustule suppurée et à son pourtour. Quand les pustules sont confluentes, on conçoit que cette tuméfaction devienne générale. Elle gagne même alors, au travers des cônes fibreux de la peau, la nappe de tissu connectif lâche séparant le pannicule de la masse fibro-musculaire subjacente. Telle est la raison de l'œdème que l'on voit survenir, dans la variole, au moment de la maturation des pustules, et sur lequel les auteurs anciens ont tant insisté.

L'inflammation du derme est la conséquence inévitable de l'infiltration cellulaire dont il est le siège.

Cette inflammation commence à se produire dans la portion superficielle du chorion sous-jacente à la pustule. Lorsque les cellules de la couche génératrice ont été toutes détruites, la limite du derme, gorgée de globules blancs qui occupent ses espaces interfasciculaires, ne tarde pas à se comporter comme la paroi d'un abcès creusé dans le tissu connectif; elle bourgeonne à la façon d'un petit ulcère du chorion, suppure elle-même, et guérit avec destruction du corps papillaire quand il existe, ou de la couche la plus superficielle du tissu fibreux, s'il s'agit d'une portion de tégument restée planiforme. Le résultat de ce processus est une cicatrice enfoncée, caractéristique, que la destruction du tissu fibreux dermique a rendue inévitable, et qui constitue longtemps après le stigmate de la variole.

V

MODIFICATIONS DES COUCHES ÉPIDERMiques AU VOISINAGE DES PUSTULES VARIOLIQUES.

Même à l'époque où l'infiltration énorme et subite des cellules embryonnaires qui coïncide avec la transformation de la prépuistule en pustule ne s'est pas encore produite, et où la prépuistule est vide ou injectée seulement de plasma filtré, dépourvu d'éléments anatomiques figurés, l'ectoderme des régions avoisinantes présente, à un haut degré, les phénomènes de l'incitation formative. La limite du derme et des couches de Malpighi renferme, outre les cellules fixes discontinues, parallèles et presque adjacentes à la ligne génératrice, des cellules embryonnaires plus nombreuses qu'à l'état normal. Ces cellules occupent les espaces interfasciculaires du derme; d'autres sont situées exactement sur la ligne de contact du derme et de l'ectoderme, d'autres enfin ont pénétré entre les cellules cylindriques du corps muqueux, au niveau d'un trait deciment qu'elles élargissent. Elles se sont creusées de cette façon une sorte de petite cavité ou *thèque* (1) interceptée par les pieds

(1) Des cavités semblables existent dans la partie profonde des épithéliums cylindriques et renferment souvent un amas de globules blancs venus du chorion. Je leur ai donné le nom de *Thèques*, c'est pourquoi j'applique ce mot aux formations similaires observées dans la partie profonde de l'ectoderme irrité.

écartés de plusieurs cellules malpighiennes adjacentes entre elles; les pointes de Schultze, élastiques et subissant une élongation qui triple ou quadruple leur longueur et efface leur nœud brillant interconique, contournent la portion supérieure de l'élément interposé, si la thèque est haute.

Le plus souvent, sur les préparations même de peau fixée vivante par l'action de l'acide osmique à 1 0/0, la cellule embryonnaire active, excitée par le réactif avant d'être coagulée, s'est ratatinée et ramassée dans un coin de la cavité creusée au sein du ciment pour la contenir. La thèque paraît alors comme un petit cercle clair ou comme une arcade dont la base est formée par la limite du derme. Quelquefois cependant, la cellule migratrice est surprise et fixée dans son état de complet développement; elle remplit entièrement la thèque de sa masse protoplasmique renfermant un noyau rond, non vésiculeux comme celui des cellules du corps muqueux. Enfin, l'on voit certaines de ces cellules embryonnaires s'allonger et comme ramper en s'élevant dans la substance cimentante, passant sous les pointes de Schultze qui s'écartent, sur leur passage, à la manière de filaments élastiques.

Je n'insisterai pas davantage sur ces faits: ce que je viens de dire suffit pour montrer que l'ectoderme péri-pustulaire reçoit une quantité inusitée de cellules lymphatiques dans son épaisseur, à la façon des tissus privés de vaisseaux qui deviennent le siège de modifications du type inflammatoire (la cornée transparente par exemple).

En même temps, les cellules du corps muqueux présentent, au voisinage des pustules, des indices non équivoques d'excitation formative. Outre que nombre d'entre elles montrent à un haut degré l'atrophie des noyaux par dilatation des nucléoles, ce qui indique une évolution hâtive, on voit certaines cellules de la couche génératrice se diviser manifestement. Le noyau s'étrangle en biseau, puis deux noyaux adjacents se montrent, l'un uni-nucléolé, l'autre pourvu de deux nucléoles; le pédicule protoplasmique s'effile entre les deux noyaux, et la nouvelle cellule semble monter, en ligne droite vers la nappe superficielle du corps de Malpighi. On trouve quelquefois une ligne verticale de cellules placées en série moniliforme et reliées par des pédicules allongés, non encore coupés de traits de ciment, et dont la végétation verticale semble vouloir percer l'ectoderme. A la base d'une pareille végétation, l'on trouve toujours un corps cellulaire *nucléé*, et non un simple amas de protoplasma. Ceci ébranle fortement

la théorie évolutive proposée par Lott, qui suppose que la partie profonde, protoplasmique, du pied sur lequel s'élève une cellule ectodermique pour gagner le *rete malpighi*, régénère un noyau qui devient l'origine d'un nouveau corps cellulaire, distinct du corps cellulaire *élevé*. Cette conception n'est d'ailleurs qu'une hypothèse insuffisamment justifiée par l'observation des faits positifs.

VI

MODIFICATIONS DES GLANDES SUDORIPARES DE LA PEAU DES VARIOLEUX.

Dans la peau couverte par l'exanthème variolique, les glandes sudoripares montrent une activité considérable. Dès le début elles fournissent une sécrétion abondante, visqueuse et continue, dont le produit coagule sous forme de moules brillants dans les canaux excréteurs et les injecte (1). Il se passe ici le même phénomène qu'on observe dans les glandes sudoripares épuisées par un fonctionnement excessif, et que j'ai étudié ailleurs (2). De plus, l'infiltration du tissu connectif lâche périglandulaire, que j'ai signalée il y a longtemps comme la marque la plus certaine de l'activité sécrétoire des glandes en grappe, est ici portée à son maximum. A une époque où les portions superficielles du derme ne sont encore le siège d'aucune infiltration globulaire et où la prépuistule n'est remplie que de liquide filtré, le tissu cellulaire lâche qui entoure les glomérules sudoripares est tellement gorgé de globules blancs que la glande semble être plongée au sein d'un petit lac de lymphe. Dans les préparations fixées peu après la mort par l'acide osmique à 1 0/0, les mailles du tissu connectif sont sur ce point écartées, rapprochées, séparées encore de mille manières par les globules blancs interposés, de façon à prendre l'apparence du tissu réticulé d'un ganglion.

Quant à l'épithélium glandulaire lui-même il est devenu granuleux, le noyau est central ; bref, l'aspect est celui d'une glande sudoripare en pleine activité sécrétoire. Ces faits d'anatomie pathologique rendent surabondamment compte de la diaphorèse con-

(1) Cette coagulation est effectuée par le réactif (solution d'acide osmique à 1 0/0), elle ne paraît pas se produire pendant la vie.

(2) Voy. mes *Leçons sur la structure de la peau, art. glandes sudoripares*.

tinue, prolongée, que l'on observe au début de la variole, et du caractère visqueux de la sueur constaté à ce moment par les cliniciens.

VII

En résumé, dans l'évolution de la pustule variolique, on observe la succession des périodes suivantes.

1° LA PAPULATION, caractérisée par la tuméfaction congestive du tégument, le léger œdème séreux du derme.

2° LA PRÉPUSTULATION, caractérisée par la tuméfaction trouble des couches profondes du corps muqueux, la végétation d'un parasite sphérulaire, la transformation vésiculeuse des couches superficielles et latérales de ce même corps; la formation réticulaire.

3° LA VÉSICULATION, caractérisée par l'irruption du plasma sanguin débarrassé de ses globules blancs et rouges dans l'appareil réticulaire préformé.

4° LA PUSTULATION, caractérisée par la destruction de la couche génératrice, l'infiltration congestive et inflammatoire du derme, l'irruption du plasma chargé de globules blancs dans l'appareil réticulaire, et la transformation purulente de ces globules.

5° LA CICATRISATION, caractérisée par le bourgeonnement du derme dénudé et par la formation d'un tissu dermique de réparation, et de couches ectodermiques stratifiées restant toujours planiformes; c'est-à-dire ne reproduisant pas exactement le corps papillaire s'il existait auparavant dans la région envahie (cicatrice déprimée).

UN CAS DE MAL DE POTT D'ORIGINE SYPHILITIQUE.

Par Alfred FOURNIER, professeur à la Faculté de Paris,
médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'observation qui va suivre peut être donnée comme un exemple irrécusable, ce me semble, de *mal de Pott syphilitique*.

Cette observation, qu'en raison de la rareté de sa lésion principale je reproduirai plus loin dans ses moindres détails, se résume en ceci :

Un homme âgé de 56 ans, de très haute stature et de développement athlétique, mais de santé manifestement très altérée, est admis à l'hôpital Saint-Louis en juillet 1876.

Cet homme est exempt, d'après son dire, de tout antécédent morbide. Il se flatte même « de n'avoir jamais été un seul instant malade ». C'est depuis quelques mois seulement que, sans cause connue, sa santé s'est troublée. Il a considérablement maigri ; il s'est affaibli à proportion, et cela au point qu'il peut à peine marcher actuellement. Il a perdu l'appétit, il ne mange plus. En outre, ajoute-t-il, il souffre depuis le même temps de douleurs dans les reins, douleurs constantes, habituellement sourdes, mais s'exaspérant par instants et retentissant alors dans les membres inférieurs.

C'est là seulement ce qu'il accuse. Mais un examen direct nous révèle nombre d'autres lésions dont ne parle pas le malade et qui dérivent toutes très sûrement d'une infection syphilitique ancienne. Ce sont, à ne parler que des principales : un *sarcocèle* spécifique bien manifeste ; — sur divers points du corps, *dix tumeurs* sous-cutanées ou musculaires, tumeurs qui, par l'ensemble de leurs caractères comme par leur évolution, ne peuvent être rapportées qu'à des gommages ; — une *ulcération gommeuse* du gros orteil ; — sur la cuisse, une macule toute récente, consécutive à une ulcé-

ration de même nature ; — une *atrophie notable des muscles fessiers* ; etc.

En face de tels symptômes nous obéissons à l'indication majeure et prescrivons le traitement spécifique. Mais, s'il produit quelques heureux résultats locaux, ce traitement reste sans influence sur l'état général, qui ne fait que s'aggraver de jour en jour.

De nouveaux troubles d'ailleurs ne tardent pas à surgir : œdème des membres inférieurs, douleurs hépatiques, météorisme, ascite, épanchement dans les plèvres, etc. L'appétit s'éteint, les forces vitales se dépriment, l'émaciation devient excessive. Bref, le malade tombe rapidement dans la cachexie, et succombe en octobre.

L'autopsie est pratiquée. Elle démontre l'existence de toute une série de lésions : les unes prévues et faciles à prévoir, les autres inattendues, mais les unes comme les autres attestant leur origine syphilitique par des caractères bien évidents. A savoir :

1° Sarcocèle scléro-gommeux, affectant le testicule droit ;

2° Restes non équivoques d'une dizaine de tumeurs gommeuses, situées les unes (pour la grande majorité) dans les muscles, d'autres dans le tissu cellulaire, et une dernière dans l'aponévrose *fascia lata* ;

3° Cirrhose granuleuse du foie, avec péri-hépatite très intense, enveloppant tout l'organe dans une véritable coque de fausses membranes extrêmement épaisses et résistantes ;

4° Cicatrices caractéristiques de la surface du rein ;

5° Production gommeuse enveloppant le quatrième nerf lombaire gauche à sa sortie du trou de conjugaison ; — et dégénérescence gommeuse du même nerf ;

6° Enfin, lésions multiples et considérables d'un *mal de Pott* affectant la colonne lombaire, surtout au niveau des 3^e, 4^e et 5^e vertèbres de la région : dénudations osseuses ; épaississement ou destruction de membranes périostiques ou ligamenteuses ; lésions d'ostéite condensante avec infiltration purulente et caséuse ; destruction presque complète d'un fibro-cartilage inter-vertébral ; vaste géode creusée au centre de la colonne lombaire ; abcès par congestion dans l'épaisseur de chaque psoas, etc., etc.

Or, c'est précisément ce mal de Pott (dont je ne fais qu'indiquer ici les lésions principales, mais qu'on trouvera décrit *in extenso* dans l'observation suivante), c'est, dis-je, ce mal de Pott qui con-

stitue l'intérêt du cas actuel, et qui le constitue à un point de vue spécial, celui de sa nature, de son *étiologie*.

Ce mal de Pott est-il d'origine vulgaire ou spécifique ? S'est-il accidentellement développé sur un terrain syphilitique sans que la syphilis ait en rien présidé à sa genèse ? Ou bien est-il le produit, le résultat d'une influence syphilitique ? Telle est l'intéressante question que soulève le cas de notre malade.

Or cette question, en l'espèce, peut être facilement jugée, ce me semble. Car toute une série d'arguments se présente pour démontrer la relation étiologique de ce mal de Pott avec la syphilis. Certes, et au-dessus de toute contestation possible, les lésions vertébrales de notre malade étaient bien de même nature que les lésions multiples développées sur une foule d'organes divers. De cela voici les raisons ; et, en vérité ces raisons sont de tel ordre qu'il suffira, je pense, de les énoncer brièvement.

1° D'abord, *raison d'âge*. Il s'agit dans notre cas d'un homme âgé de 36 ans. Or, bien que le mal de Pott vulgaire puisse se développer à tout âge, je ne crains pas d'objection en disant qu'il n'a guère pour habitude d'attendre cette période avancée de la vie, alors surtout qu'il revêt la forme tuberculeuse (la seule qui pourrait être mise en parallèle avec les lésions observées sur notre malade).

2° En second lieu, *raisons de constitution, de tempérament, d'antécédents*. Le mal de Pott vulgaire affecte de préférence (cela est presque superflu à rappeler) les sujets scrofuleux, lymphatiques, de constitution débile, appauvrie, etc. Est-ce le cas ici, où nous avons affaire à un homme ultra-robuste, de taille élevée, de développement athlétique, de constitution extrêmement vigoureuse, de santé absolument intacte et inépuisée jusqu'à l'époque où firent invasion les accidents qui devaient terminer la vie ? Un pareil terrain ne se prête guère qu'aux accidents de diathèses surajoutées, d'importation tout accidentelle ; et la syphilis est, par excellence, l'une de ces diathèses.

3° *Raison de coïncidences pathologiques*. Les lésions vertébrales se sont développées sur notre malade exactement à la même époque que nombre d'autres lésions d'origine incontestablement syphilitique, à savoir : syphilides ulcéro-croûteuses, tumeurs gommeuses multiples affectant les muscles, le tissu cellulaire, les aponévroses, sarcocèle scléro-gommeux, et probablement aussi dégénérescences viscérales. Cela n'est-il pas significatif ? Le simple bon sens n'indique-t-il pas que, survenues dans le même temps où la

syphilis en pleine activité disséminait ses manifestations sur toute une série de régions et d'organes, ces lésions osseuses doivent rationnellement se rattacher à la même influence morbide? Quelle raison aurait-on de dissocier un tel ensemble pathologique et anatomique? Quelle raison aurait-on de rejeter ces lésions osseuses hors du cadre commun où tant et tant de lésions contemporaines d'autres sièges viennent naturellement et forcément prendre place? D'autant, je le répète, que nulle autre diathèse, nulle autre cause ne se présente à invoquer en l'espèce comme origine de ces accidents osseux. Donc, la coïncidence chronologique est ici particulièrement probante; à défaut d'autres arguments, elle suffirait presque seule à attester la relation de l'affection vertébrale avec la syphilis.

4° Enfin, *raisons directes*. — A première vue, il était déjà permis de soupçonner, d'affirmer presque, la nature spécifique des lésions vertébrales, d'après leur aspect objectif, leur circonscription bien nette, leur belle couleur jaune rappelant la teinte de la gomme caséuse, et aussi peut-être (détail singulier que je ne saurais encore estimer à sa juste valeur) d'après la configuration très régulièrement héli-cerclée qu'affectait l'altération osseuse sur la face antérieure d'une vertèbre lombaire. Eh bien, cette première impression a été confirmée par un examen plus approfondi et surtout par le secours du microscope. Notre savant collègue et ami, M. le professeur Hayem, qui a bien voulu se charger d'étudier ces pièces, y a reconnu d'une façon non douteuse les caractères des ostéomes gommeux. On trouvera plus loin les détails de cette analyse histologique.

5° Enfin, comme dernière preuve, j'ajouterai ce double fait : 1° qu'au sortir d'un des trous de conjugaison de la colonne lombaire existait une tumeur paraissant née du périoste, tumeur qui fut reconnue pour une gomme; — 2° que, de plus, le quatrième nerf lombaire, englobé dans cette production gommeuse, présentait lui-même dans son parenchyme deux foyers caséux où l'on retrouva tous les caractères histologiques des gommages.

L'évidence me paraît donc formelle; et, sans insister davantage sur une argumentation superflue, je crois pouvoir passer à l'exposé du fait en question, exposé d'où ressortira mieux encore, je l'espère, la spécificité d'origine des lésions vertébrales, de ce véritable *mal de Pott syphilitique*.

Observation. — *Syphilis tertiaire.* — Dix tumeurs gommeuses, sous-cutanées, intra-musculaires ou aponévrotiques. — Sarcocèle spécifique. — Ulcération du gros orteil. — Atrophie des muscles fessiers. — Lésions viscérales multiples (foie, reins, péricarde, péritoine). — Tumeur gommeuse enveloppant un nerf lombaire; dégénérescence gommeuse de ce nerf. — Mal de Pott, de nature manifestement spécifique, affectant la colonne lombaire.

Le nommé A..., cocher, âgé de 56 ans, est admis le 1^{er} juillet 1876 à l'hôpital Saint-Louis. (Salle Saint-Louis, n° 41.)

C'est un homme de très haute stature, de développement athlétique. Il paraît avoir toujours joui d'une constitution très vigoureuse, et il se flatte même de n'avoir jamais été malade jusqu'à ces derniers temps. — Il affirme n'avoir jamais commis d'excès. — Au régiment, il a bien eu quelques affections vénériennes, mais il ne croit pas avoir été affecté de la syphilis. A ce dernier propos, du reste, il se montre peu précis, invoquant « son ignorance en pareille matière », et disant ne plus conserver souvenir d'une époque aussi éloignée que celle où il aurait pu contracter de « mauvaises maladies ».

Ce qui l'amène à l'hôpital, c'est, d'une part, une altération de la santé générale; c'est aussi, d'autre part, l'existence de douleurs rénales qui n'ont pas cessé de le faire souffrir depuis trois mois.

Il raconte, en effet :

1^o Que, depuis plusieurs mois, il a considérablement « changé ». Il a perdu progressivement l'appétit; il ne mange plus aujourd'hui « la dixième partie » de ce qu'il mangeait autrefois. Il a étonnamment maigri. Ses forces ont baissé à proportion. Non seulement il n'est plus capable d'exercer sa profession de cocher, mais « il ne tient plus sur les jambes », tant il se sent affaibli. C'est tout ce qu'il a pu faire de se trainer jusqu'à l'hôpital, et il ne se trouve bien qu'au lit; volontiers il resterait toujours couché.

2^o Que, dans ces derniers temps (environ depuis trois mois), il ressent dans la région rénale une sorte de « souffrance sourde », qui s'exaspère parfois et devient alors aiguë, lancinante, intolérable, en se prolongeant jusque dans les jambes.

« C'est-là, dit-il, tout son mal ». Il n'accuse rien autre; et c'est seulement à la suite de notre examen que, provoqué par des questions directes, il arrive à nous parler d'autres accidents qui paraissent ne l'avoir nullement inquiété, tels que la production sur la fesse droite d'une tumeur qui s'est ouverte et a dégénéré en une ulcération cutanée, le développement d'une ulcération semblable à l'un des gros orteils, et enfin une tuméfaction notable d'un testicule. Quant aux autres tumeurs dont il est actuellement affecté (au nombre de neuf), ou bien il les considère comme des « bobes » insignifiants, dont il serait superflu de prendre souci, ou bien même (pour la plupart) il en ignore absolument l'existence.

En conséquence, nous ne procédons qu'avec plus de soin à un examen direct du malade, et nous aboutissons à relever les multiples et diverses particularités morbides qui vont suivre.

I. — Tout d'abord, état général alarmant : pâleur du visage, décoloration des téguments; — peau sèche, jaunâtre, légèrement squameuse en certains points, à la façon de la peau des sujets cachectiques; — amaigrissement

musculaire général; pommettes saillantes; thorax décharné; gracilité des membres, autrefois très vigoureusement musclés.

Apyrexie. — Mais langueur morbide de toutes les fonctions. — Inappétence; état grisâtre de la langue. — Troubles dyspeptiques. — Constipation. — Apathie, découragement. — Accablement des forces; inactivité, passivité, somnolence. — Incapacité pour tout exercice musculaire. — Du reste, aucun autre trouble spécial des grands viscères. — Respiration normale. — Pouls et battements du cœur normaux. — Foie paraissant indemne. — Rate normale, etc...

II. — Comme lésions locales : 1° Sur la cuisse droite, en arrière, immédiatement au-dessous de la fesse, macule cicatricielle, brune, fortement pigmentée et même presque noire. Cette macule est régulièrement arrondie et présente le diamètre d'une pièce de deux francs. C'est le vestige d'une ulcération récemment cicatrisée; et cette ulcération aurait elle-même succédé à la fonte d'une « tumeur grosse comme une olive », qui existait en ce point depuis un certain temps et qui, après être restée indolente pendant plusieurs semaines, s'est ouverte spontanément. — Cette évolution morbide, non moins que la forme et la coloration de la macule sus-mentionnée, éveille immédiatement nos soupçons sur l'existence probable d'une cause syphilitique; et cette impression première ne tarde pas à être confirmée par la découverte d'autres lésions de même genre.

2° Sur divers points du corps, dix tumeurs, ne paraissant guère pouvoir être rapportées qu'à des gommes syphilitiques, à savoir :

A. — Dans l'épaisseur même de la fesse droite, et très certainement incluse dans le muscle grand fessier, tumeur dure, du volume et de la forme d'une grosse noix, mobile, indolente ou tout au plus quelque peu sensible à une forte pression.

B. — Sur le membre inférieur droit, trois tumeurs de même ordre, semblant adhérentes aux aponévroses d'enveloppe, tandis que la peau glisse librement à leur surface. Elles sont distribuées de la façon suivante. La première est située en arrière du trochanter et présente le volume d'une noisette. La seconde, comparable à un pois, occupe la région antérieure et moyenne de la cuisse. La troisième, du volume d'une olive, est située dans l'angle inférieur de l'espace poplité, au niveau de l'extrémité supérieure du triceps sural.

C. — A la région moyenne de la fesse gauche, tumeur semblable, olivaire de forme et du volume d'une cerise. Cette tumeur nous paraît également intra-musculaire.

D. — Au niveau de la région sacrée, tumeur sous-cutanée, faisant un léger relief, du volume et de la forme d'un haricot.

E. — Dans la région iliaque droite, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope et parallèlement à cette arcade, la peau forme un léger relief, au niveau duquel on perçoit manifestement l'existence d'une petite tumeur dure, incomplètement mobile, indolente à la pression. Cette tumeur est grosse au minimum comme une olive. Elle nous paraît profonde, attenante aux aponévroses musculaires, complètement indépendante en tout cas de la peau qui glisse librement à sa surface.

F. — A la partie postérieure et moyenne de l'avant-bras droit, autre petite tumeur sous-cutanée, olivaire, indolente, du volume d'une noisette. Celle-ci, dont le malade s'est aperçu, daterait, d'après son dire, d'un mois environ.

G. — A la main droite, dans le premier espace intermétacarpien et vers l'ex-

trémité inférieure du second os du métacarpe, nodosité sphérique, du volume d'un gros noyau de cerise, peu mobile, semblant adhérer tout à la fois et aux parties profondes et à la peau. Cette nodosité est légèrement douloureuse à la pression et semi-fluctuante. Nul doute qu'elle ne soit en voie de ramollissement inflammatoire, comme en témoigne du reste la rougeur des téguments qui la recouvrent.

H. — Enfin, une dernière lésion, qui nous paraît devoir être rationnellement rapprochée des précédentes, occupe le gros orteil droit. Il existe là une petite ulcération cratériforme, à fond bourbillonneux, rappelant tout à fait l'aspect de la gomme en voie d'élimination. Cette ulcération, de date toute récente, aurait succédé, dit le malade, à l'ouverture d'une petite tumeur « semblable à celle qu'il porte sur l'avant-bras et la main ». — L'exploration au stylet permet de constater l'intégrité absolue de la phalange.

3° Le *testicule gauche* présente un état morbide des plus évidents. Il aurait commencé à grossir depuis quinze jours seulement, d'après les assertions du malade; ou, pour mieux dire, c'est à cette époque seulement que le développement morbide de l'organe aurait été constaté pour la première fois. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui ce testicule se présente très notablement augmenté de volume, gros comme un œuf environ. Il conserve sa forme générale. Mais, d'une part, il offre en surface quelques bosselures partielles, rappelant tout à fait les nodosités pisiformes de l'albuginite syphilitique. D'autre part, il est fortement induré dans une grande étendue, notamment au niveau de la queue de l'épididyme qui paraît prendre part à la lésion, et bien plus encore dans sa moitié supéro-postérieure qui offre une résistance chondroïde, presque ligneuse. — Épididyme intact, sauf dans sa partie la plus inférieure. — Cordon sain. — Testicule droit absolument indemne.

Notons que cette lésion du testicule s'est produite sans la moindre douleur. Aujourd'hui, de même, l'organe est indolore, soit spontanément, soit à l'exploration, voire à la pression.

III. — Notre attention est appelée vers la région des reins, où le malade accuse les douleurs dont j'ai parlé et qui, somme toute, constituent pour lui le symptôme principal de son état. Mais là, nous ne trouvons rien, localement, qui explique ces douleurs. Colonne vertébrale intacte, sans déformation, sans saillie, sans empatement. Pas de douleur notable provoquée par l'examen, par la pression. Rien d'appréciable non plus par l'exploration abdominale. Cependant, malgré l'amaigrissement et la flaccidité des parois musculaires de l'abdomen, on n'arrive que très difficilement et très incomplètement à se rendre compte de l'état des parties profondes. Si je puis ainsi parler, l'abdomen semble se défendre contre une exploration de ces parties. — L'examen des urines ne fournit de même que des renseignements sans valeur.

En revanche, ce qui nous frappe, c'est l'amaigrissement excessif des membres inférieurs, où s'irradient le plus souvent, d'après le dire du malade, les douleurs des régions rénales; c'est, plus encore, un véritable état d'*atrophie des muscles fessiers*. Les fesses, à proprement parler, n'existent plus. La peau qui les recouvre est absolument flasque et *flottante*; elle forme des plis, à la façon d'un scrotum vide. Au palper, c'est à peine si l'on retrouve les muscles fessiers. Un méplat très appréciable se remarque aussi derrière le grand trochanter, de chaque côté.

Les muscles adducteurs de la cuisse gauche sont le siège d'une émaciation analogue.

Les membres inférieurs sont très faibles, bien plus faibles que les supérieurs. La marche est difficile, pénible, mal assurée. Le malade ne peut qu'à grand-peine se soutenir à cloche-pied. — Nous remarquons que, de temps à autre, les muscles des membres inférieurs et des fesses sont agités de tremoussesments, de tremblements fibrillaires.

En présence de tels symptômes, dont les uns nous paraissent absolument clairs et patents, et dont quelques autres, il est vrai, restent pour nous inexplicables quant à leur raison anatomique, nous ne mettons pas en doute l'existence d'une diathèse syphilitique se traduisant par des lésions multiples, et nous instituons en conséquence le traitement sur cette base. A savoir : iodure de potassium, à la dose quotidienne de trois à quatre, cinq et six grammes, progressivement; — bains sulfureux, tous les trois jours; — iodure de fer, vin de quinquina, vin de Bagnols; — viandes rôties, etc.

Ce traitement — auquel même plus tard nous essayâmes d'adjoindre les préparations mercurielles — ne fut pas sans produire quelques résultats avantageux. Les douleurs s'apaisèrent notablement. Le testicule subit une réduction très appréciable dans son volume. L'ulcération du gros orteil se cicatrissa. Quelques-unes, la plupart même des tumeurs furent enrayées dans leur évolution. Aucune n'aboutit à suppurer et à s'ouvrir; plusieurs se ratatinèrent et parurent tendre à disparaître. Mais tout cela ne constitua qu'un succès partiel et fort incomplet. D'ailleurs l'intolérance digestive (dyspepsie, vomissements, inappétence absolue, dégoût insurmontable pour tout remède, pour toute nourriture, etc.) nous força bientôt à suspendre la médication, et dès lors l'amélioration initiale ne se continua pas. D'autre part, l'état général du malade (et il y avait à cela, comme on le verra bientôt, des causes organiques plus que suffisantes pour expliquer l'insuccès de toute thérapeutique) ne subit jamais la moindre modification sous l'influence des divers agents qui furent tour à tour administrés. Loin de là même, il ne fit que s'aggraver de jour en jour. Dès le mois d'août un *edème* de mauvais présage se manifestait vers les membres inférieurs. En septembre, survint une crise de vomissements et de vomituritions qui dura plus de douze jours et ne put être dominée que par la glace. Puis, de la diarrhée se produisit, accompagnée d'un météorisme considérable. Puis, s'annonça un début d'*ascite*, laquelle progressa rapidement. Inutile d'ajouter que, parallèlement, les forces vitales se déprimaient de plus en plus et que le malade s'acheminait à grands pas vers la cachexie.

Le foie, à cette époque, fut de nouveau examiné avec soin, presque quotidiennement; d'autant que certains symptômes nouveaux paraissaient témoigner d'une invasion de la diathèse sur cet organe. Depuis quelque temps, en effet, le malade se plaignait d'une douleur constante au niveau de l'hypochondre droit et de l'épigastre; en outre ces deux régions étaient devenues notablement sensibles à l'exploration. D'autre part, des accès de hoquet, persistant parfois jusqu'à plusieurs heures, s'étaient répétés à maintes reprises dans ces derniers temps. Mais ni le palper, ni la percussion ne révélèrent jamais quoi que ce soit d'important vers la glande hépatique. Le foie ne paraissait ni augmenté, ni diminué de volume; ce ne fut que plus tard, dans les derniers jours de la vie, qu'on arriva à constater une certaine réduction de volume de l'organe.

En octobre, un épanchement se produisit dans les deux plèvres, avec pré-

dominance du côté droit. L'ascite devint considérable, en s'accompagnant de douleurs assez vives, généralisées à tout l'abdomen, et l'œdème des membres inférieurs augmenta dans les mêmes proportions.

Ce qui suivit ne fut plus qu'un ensemble de symptômes de cachexie progressive. Prostration; émaciation excessive; peau devenue absolument jaunâtre et terreuse; inappétence complète; marasme, etc.

Mort, le 12 octobre.

AUTOPSIE, pratiquée le 13, vingt-six heures après la mort.

I. — *Plèvres et poumons*. — Adhérences nombreuses, presque généralisées, réunissant les poumons aux plèvres. Sur nombre de points, fausses membranes remarquablement épaisses et résistantes, à ce point que les poumons ne sont enlevés qu'avec une difficulté excessive. — Épanchements pleuraux, circonscrits par des fausses membranes épaisses, à la partie postéro-inférieure de la cavité thoracique. Celui de droite, beaucoup plus considérable, peut être évalué à un litre et demi, peut-être même deux litres de liquide. Ce liquide présente une coloration jaunâtre, voire presque brune à droite.

Les poumons sont légèrement engoués à leur base. — A leur sommet, nous trouvons un certain nombre de noyaux solides, gros comme une tête d'épingle pour la plupart, et, pour quelques-uns, comme un noyau de cerise, très résistants, très durs, et de coloration absolument noire. Deux ou trois de ces petits nodules renferment à leur centre une matière jaunâtre, crétacée.

II. — *Cœur*. — Adhérence et fusion absolue des deux feuillets du péricarde. La symphyse cardiaque est complète et totale.

Cœur sain. — Orifices normaux. — Valvules intactes. — Tissu musculaire de l'organe exempt de toute altération.

III. — *Cavité abdominale*. — Énorme épanchement ascitique, constitué par un liquide séreux, légèrement brunâtre comme celui de la plèvre droite.

Intestins réunis et soudés en une seule masse par des adhérences généralisées. On remarque qu'ils présentent une coloration brunâtre, rappelant la teinte du liquide ascitique.

Lorsqu'on déchire les adhérences qui réunissent les anses intestinales, on voit que tout le péritoine est tapissé de fausses membranes plus ou moins épaisses suivant les divers points où on les étudie. Ces fausses membranes sont constituées par de petites plaques lenticulaires, fibrineuses d'aspect, légèrement jaunâtres, ou par des flocons filamenteux qui se laissent étirer sans se rompre. Par le grattage, on détache assez facilement ces plaques ou ces flocons de la surface de l'intestin. — Des lésions absolument identiques se retrouvent sur le péritoine pariétal.

Le foie est absolument et étroitement soudé soit au diaphragme, soit aux viscères abdominaux. On ne parvient à l'isoler qu'en le disséquant, c'est-à-dire en le séparant, par dilacération ou avec l'aide du scalpel, des organes avoisinants. En un mot, il est comme enfoui dans une coque épaisse de fausses membranes très résistantes. — Il est diminué notablement de volume, mais sans présenter de déformation. Pas de sillons, pas de lobulations. Sa surface est même remarquablement unie. — Son tissu est très dur, et le doigt n'y pénètre qu'avec peine. Capsule épaissie en quelques points. — A la coupe, le tissu hépatique offre d'une façon manifeste l'aspect granuleux caractéristique de la *cirrhose*. Ces granulations sont petites, égales, jaunâtres ou ambrées.

Rate normale.

Reins normaux comme volume. — Capsule non adhérente. — A la surface des deux reins on constate quelques dépressions rayonnées, blanchâtres, d'aspect cicatriciel. Ces dépressions correspondent à une sorte de sclérose superficielle du tissu rénal qui, à ce niveau, est uniquement constitué par une lamelle fibroïde, blanche, dure et comme aponévrotique.

IV. — Testicules. — Testicule droit sain, un peu ramolli. — Épididyme sain. — On reconnaît à l'examen microscopique que le parenchyme testiculaire est intact de ce côté.

A gauche, épididyme sain. — Testicule notablement augmenté de volume, quoique de proportions bien moindres qu'à l'époque où nous l'avons examiné pour la première fois. Très dur dans ses deux tiers supéro-postérieurs, il présente au contraire une souplesse presque normale dans ses autres parties. A la coupe, nous trouvons les deux tiers supéro-postérieurs de l'organe envahis par une production morbide d'inégale résistance et d'apparence assez variable suivant les divers points où on l'examine. La presque totalité de cette production néoplasique se présente sous forme d'un tissu dur, résistant, lardacé, grisâtre, compact. Sur quelques points seulement et par ilots, ce tissu fait place à une sorte de matière caséeuse, jaunâtre, molle, presque diffuente çà et là, d'aspect gommeux. Comme étendue et comme configuration générale, ce néoplasme intra-testiculaire peut être comparé à une petite noix. — Dans les points qui correspondent à ce néoplasme, l'albuginée est fortement épaissie, jusqu'à offrir 4, 5 et 6 millimètres à la coupe, en même temps que très résistante, très dure, se laissant difficilement entamer par le scalpel. — Tissu testiculaire sain dans toute l'étendue de l'organe, même dans les quelques parties qui ont été englobées par la production morbide.

V. — Gommés multiples. — 1° La tumeur de la région iliaque droite est constituée par une gomme intra-musculaire, située sous l'aponévrose du grand oblique, fortement adhérente à cette aponévrose, et plongeant dans le parenchyme musculaire. Elle est réduite à l'état d'une poche kystique, épaisse et blanche, dont le contenu est formé par une bouillie d'un blanc grisâtre.

2° Les tumeurs des fesses, de la cuisse, de l'avant-bras et de la main, sont également logées dans le tissu musculaire. Elles sont toutes formées par des poches kystiques, contenant les unes un résidu de matière blanchâtre, les autres un liquide épais, de couleur chocolat.

3° Celle de l'espace poplité est située au contraire en dehors des aponévroses.

4° La tumeur qui avoisinait le grand trochanter droit n'existe plus, à proprement parler. Nous en trouvons simplement les vestiges dans un épaississement circonscrit de l'aponévrose *fascia lata*.

VI. — Après avoir extrait les viscères de la cavité abdominale, on reconnaît que la colonne vertébrale présente dans sa partie inférieure des altérations considérables. Déformées, saillantes, irrégulières, les dernières vertèbres lombaires doivent être certainement le siège de lésions d'importance majeure.

Tout d'abord, nous trouvons sur chaque côté du rachis un *abcès par congélation*, développé dans l'épaisseur même du muscle psoas et descendant, à droite comme à gauche, presque au niveau du bord supérieur de l'os iliaque. Chacun de ces abcès contient environ un demi-verre de pus verdâtre, assez épais.

En introduisant le doigt dans l'abcès du côté gauche, on arrive sur la partie latérale du corps de la quatrième vertèbre lombaire, que l'on trouve dénudée dans une grande étendue (4 centimètres dans le sens transversal, 2 centimètres environ dans le sens vertical). A ce niveau, l'os, mis à découvert et lavé, se présente avec une belle couleur d'un blanc jaunâtre. On remarque — particularité curieuse — que la portion malade de l'os dessine une demi-circonférence d'une régularité parfaite, à ce point qu'on la dirait tracée au compas.

De même, le doigt introduit dans l'abcès du côté droit pénètre jusqu'à la partie latérale du corps de la vertèbre, qu'on trouve également à nu, mais dans une étendue un peu moindre, et affecté de lésions identiques.

Nous ouvrons ensuite le canal rachidien. La dure-mère se montre notablement épaissie au niveau du segment lombaire. — Épaississement semblable, au même niveau, des gaines contenant les nerfs lombaires. — Les enveloppes immédiates de la moelle sont au contraire absolument saines. — La moelle n'offre aucune lésion apparente.

Il ne nous est permis (le cadavre étant réclamé) que de recueillir pour l'étude un segment de la colonne vertébrale. Une coupe antéro-postérieure, pratiquée sur le plan médian, nous fournit toute la moitié *gauche* de la colonne lombaire, depuis la seconde vertèbre des lombes jusqu'au sacrum. C'est la pièce obtenue de la sorte qui a été, d'une part, reproduite par M. Jumelin (1), et, d'autre part, soumise à l'examen histologique de notre savant collègue et ami, M. le professeur Hayem.

On observe sur cette pièce les diverses particularités suivantes :

1° La lésion principale porte sur la troisième et la quatrième vertèbre lombaire. Le corps de ces deux vertèbres est infiltré dans sa moitié postérieure par une matière jaunâtre, caséuse, semblable à du mastic ; de sorte que la lésion se détache nettement des parties saines du tissu osseux par un aspect tout à fait spécial et une opposition de couleur des plus tranchées. L'infiltration morbide occupe surtout la zone inférieure de la troisième vertèbre lombaire et la zone supérieure de la quatrième. Le fibro-cartilage intermédiaire à ces deux vertèbres a complètement disparu dans les trois quarts postérieurs. Il a été absolument détruit. La cavité qui s'est substituée à lui (et qui empiète légèrement sur le corps de la troisième vertèbre, échancré à ce niveau) est remplie d'un liquide purulent, jaune verdâtre.

La face postérieure du corps de ces deux vertèbres est dénudée et se trouve en contact avec le pus contenu dans la cavité que nous venons de décrire. Ici encore, même aspect du tissu osseux qui se présente avec une belle couleur d'un blanc jaunâtre. — A ce niveau, le ligament vertébral postérieur n'est plus adhérent aux vertèbres ; il a été décollé, et il présente un épaississement considérable qu'on peut évaluer à trois ou quatre millimètres. De plus, il est rouge et ramolli.

Une autre coupe permet de reconnaître au sein de la troisième vertèbre lombaire l'existence d'une cavité en forme de gcode. Cette cavité est actuellement vide. Sa paroi postérieure n'est séparée du ligament vertébral postérieur que par une lamelle osseuse très mince.

Le disque intervertébral situé entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire est ramolli et infiltré de pus dans son segment postérieur. Il con-

(1) Voir la planche annexée à ce travail.

tient un foyer caséux, jaune, qui n'est séparé de la vertèbre que par un tissu conjonctif lâche, infiltré de pus graisseux.

Le corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires présente au microscope des lésions typiques d'*ostéite condensante*, avec *infiltration purulente et caséuse*, exactement comme dans les ostéomes gommeux. — On retrouve ces mêmes lésions d'ostéite condensante jusque dans l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre.

2° On procède ensuite à l'examen des trous de conjugaison et des nerfs qui en émergent. Je laisserai ici la parole à M. Hayem, à qui je suis redevable des détails qui vont suivre.

« Les trous de conjugaison sont notablement rétrécis par le fait des altérations osseuses et du gonflement des parties périphériques.

Le troisième nerf lombaire émerge d'un trou de conjugaison dont les parois paraissent saines et sont revêtues de leur couche périostique normale. Il est entouré d'un tissu cellulo-adipeux légèrement œdémateux. Il semble quelque peu tuméfié. Son ganglion intervertébral est manifestement rouge.

Le trou de conjugaison d'où émerge le quatrième nerf lombaire est complètement déformé par des lésions considérables du tissu osseux, lésions décrites dans ce qui précède. Le trajet que parcourt le nerf à ce niveau se trouve constitué de la sorte : 1° supérieurement, par du tissu osseux dénudé et enflammé; 2° inférieurement, par un magma caséux, ramolli, infiltré de pus, se continuant d'une part avec les portions altérées du disque intervertébral et, d'autre part, avec le ligament commun postérieur. — Au niveau du confluent de ses racines, le quatrième nerf lombaire présente un étranglement manifeste. Sa gaine est très rouge (bien que depuis quelques jours, préalablement à l'examen actuel, elle ait macéré dans de l'eau alcoolisée). Son ganglion (ganglion intervertébral) est également d'un rouge très accentué. Il est manifestement aplati et comme atrophié. — A quelques millimètres au delà, le nerf pénètre dans une masse de tissu caséux qui adhère étroitement au périoste et qu'on ne parvient à extraire du trou de conjugaison qu'en arrachant ce périoste, lequel est rouge et très épaissi. Cette masse est constituée par une substance caséuse, semée de foyers purulents, et contenue avec le nerf dans une gaine commune. L'un de ces foyers se crève pendant la dissection et laisse échapper une matière blanchâtre, semblable à celle des abcès caséux ou des gommies ramollies.

Le cinquième nerf lombaire traverse un trou de conjugaison dont la partie supérieure est dénudée. Il se présente notablement tuméfié. Son ganglion est rouge.

Après cette dissection préalable, les trois nerfs lombaires sont soumis à l'examen microscopique, qui nous révèle une série d'intéressantes lésions. A savoir :

1° *Quatrième nerf lombaire.* — C'est le nerf le plus altéré. Nous l'étudions par quatre séries de coupes pratiquées à diverses hauteurs, de la façon suivante.

A. — *Coupes correspondant au niveau des productions caséuses.* — Ces coupes révèlent très manifestement deux foyers caséux, séparés l'un de l'autre par une épaisse cloison fibreuse. — L'un de ces foyers offre nettement les caractères d'une gomme, à noyau central en partie ramolli. Du côté de la cloison fibreuse, il est limité par des faisceaux qui représentent les débris de l'enveloppe lamelleuse d'un faisceau nerveux. Son pourtour festonné sem-

ble bien indiquer que la lésion s'est développée dans un tissu nerveux décomposable et décomposé en faisceaux adossés. Du côté opposé à la cloison, ce foyer est circonscrit par une enveloppe fibreuse que double en dehors un amas de tissu conjonctif infiltré d'éléments cellulaires assez abondants.

— La disposition de ce premier foyer caséux est assez irrégulière; on y trouve cependant tous les caractères histologiques d'une gomme: amas de petites cellules, matière granuleuse ou granulo-graisseuse, sans structuration nette, petites trainées de tissu fibrillaire et de petits corpuscules mal définis, taches pâles et arrondies au milieu des parties caséuses, gros corpuscules granuleux disséminés à la périphérie de la masse caséuse, etc.

La cloison qui sépare les deux foyers caséux (mais qui cependant semble assez incomplète en un point pour leur permettre de communiquer) est de nature franchement fibreuse. — On y distingue la coupe: 1° de deux artères, relativement assez grosses et affectées d'une endartérite non douteuse; 2° de deux veines; 3° de trois ou quatre faisceaux nerveux constitués par une gaine lamelleuse mince et par un contenu amorphe, granuleux, semé d'éléments cellulaires très pâles. Les tubes nerveux ne sont plus reconnaissables; mais on retrouve encore des traces non équivoques de la séparation des petits faisceaux composant ces faisceaux nerveux. — La dissémination de ces petits nerfs à la périphérie du tronc principal permet de supposer que le tissu nerveux lui-même a pris part à la formation de la masse caséuse. Il est évident en effet que, si la vie se fût quelque peu prolongée, ces petits faisceaux auraient achevé de devenir complètement caséux et se seraient confondus avec la masse principale. — Entre les lames fibreuses de la cloison on distingue encore une ou deux fentes remplies de cellules infiltrées de granulations grasses. Peut-être sont-ce là des lymphatiques?

Le second foyer caséux s'est vidé presque complètement au moment de la dissection, comme nous l'avons dit plus haut, et sur la plupart des coupes nous n'avons pu obtenir qu'une portion de ses parois. Il n'est pas douteux cependant que ce foyer ne soit constitué par une gomme. D'autre part, il nous semble également démontré que cette gomme a dû se développer dans l'épaisseur même du périoste, en s'accrochant fortement à la paroi du nerf malade.

Quoi qu'il en soit, il ressort nettement de l'examen qui précède que le tronc du quatrième nerf lombaire a été le siège d'une production gommeuse, laquelle s'est développée dans l'épaisseur même des faisceaux nerveux, ou mieux encore s'est substituée à ces faisceaux en les absorbant, pour ainsi dire, dans sa propre substance.

B. — Coupes pratiquées entre la gomme et le ganglion. — A ce niveau le nerf est constitué par deux gros faisceaux principaux, affectés tous deux de sclérose intra-fasciculaire. Certains tubes nerveux, en assez grand nombre, contiennent de la myéline granuleuse et des noyaux multiples, visibles dans les coupes où quelques tubes apparaissent dans le sens de leur longueur. D'autres tubes, en proportion au moins égale, se montrent atrophiés. Cependant on retrouve partout les cylindres d'axe, même dans les tubes les plus atrophiés. Il n'est guère à cela d'exception que pour quelques très rares tubes occupant les parties les plus altérées.

Dans la cloison conjonctive inter-fasciculaire, séparant les deux faisceaux principaux, apparaissent deux grandes lacunes, remplies de cellules granulo-grasses. Ces lacunes nous paraissent être des espaces lymphatiques.

Les coupes les plus rapprochées de la tumeur gommeuse précédemment décrite présentent en outre un petit faisceau nerveux dont le contenu est amorphe et caséux. C'est là le début de la transformation gommeuse constatée dans les coupes de la première série.

Des faisceaux nerveux isolés entourent la production morbide principale près du ganglion. Nous y trouvons des lésions identiques à celles dont il vient d'être question.

C. — *Coupes pratiquées sur le ganglion.* — Le ganglion est atteint d'une sclérose généralisée, qui ne varie que de degré suivant les diverses coupes où on l'étudie. — Les groupes de cellules nerveuses sont moins volumineuses que dans un ganglion sain, et les cellules qui les composent sont séparées par un tissu conjonctif bien plus abondant qu'à l'état normal. — Nombre de cellules, d'ailleurs, sont frappées d'atrophie, et il est probable que quelques-unes ont disparu. — Les tubes nerveux qui entrent dans la composition du ganglion ne paraissent atrophiés que dans les points atteints de sclérose.

Dans le tissu conjonctif scléreux du ganglion on voit des traînées nombreuses de pigment brunâtre. Ce pigment paraît surtout déposé dans les parois des petits vaisseaux. Il est encore très abondant au niveau de l'enveloppe conjonctive commune.

D. — *Coupes pratiquées entre le ganglion et la moelle.* — Le nerf est encore composé ici de deux faisceaux principaux. De ces faisceaux, l'un est légèrement scléreux, mais moins altéré que dans les coupes de la seconde série. L'autre au contraire, qui représente le faisceau sensitif (racine postérieure), est en voie de dégénérescence très avancée. Il est constitué par trois faisceaux secondaires formés de tubes tout à fait atrophiés, dans lesquels on ne reconnaît plus le cylindre d'axe.

2° *Examen des deux autres nerfs lombaires.* — Les deux autres nerfs appartenant à la portion de colonne lombaire qui nous a été remise ont été examinés par nous au niveau du tronc des racines et du ganglion. Nous les trouvons affectés tous deux de sclérose extra et intra-fasciculaire, sans altération bien avancée des éléments nerveux.

La sclérose intra-fasciculaire porte irrégulièrement sur les différents points des fascicules nerveux. Elle est caractérisée par l'hyperplasie du tissu conjonctif intra-fasciculaire avec production de petites cellules très abondantes. — La sclérose extra-fasciculaire est constituée par l'infiltration dans le tissu conjonctif extra-fasciculaire d'une quantité de cellules. Quelques-unes forment des traînées paraissant être des lymphatiques, et d'autres sont accumulées en amas irréguliers entre les trousseaux de fibres écartés du tissu conjonctif (œdème). — La plupart des tubes nerveux sont intacts. Mais dans quelques-uns la myéline est granuleuse, et les noyaux sont multipliés, sans que le cylindre d'axe néanmoins ait disparu.

Dans les ganglions, les cellules nerveuses et les tubes sont intacts. Mais on remarque des dépôts abondants de pigment brun au niveau des parois des petits vaisseaux et dans les traînées conjonctives. Certaines coupes présentent aussi des lacunes remplies de petites cellules en partie infiltrées de granulations grasses.

En résumé :

1° Le quatrième nerf lombaire, au niveau de sa sortie du trou de conjugaison, est envahi par une production gommeuse. En ce même point, il se

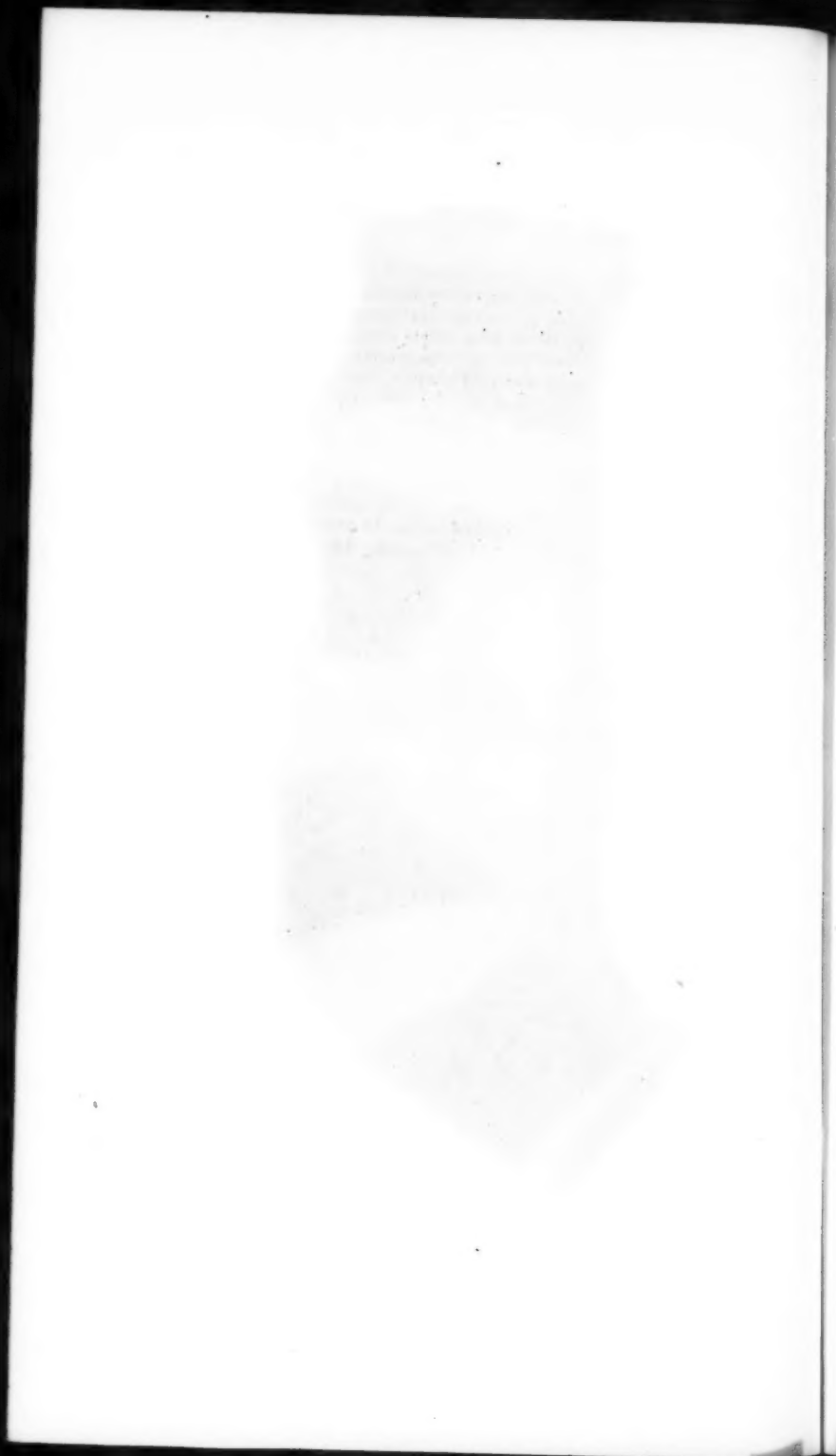


Nicolet Chromolith.

Imp. Becquet. Paris.

Mal de Pott syphilitique.

G. Masson Editeur à Paris.



trouve englobé par une autre production gommeuse, originairement développée (suivant toute probabilité au moins) dans le périoste de la vertèbre malade correspondante.

Au-dessus de cette gomme, ce même nerf est le siège d'une *névrite interstitielle*, avec atrophie partielle et peu considérable des tubes nerveux.

Le ganglion intervertébral de ce nerf est également le siège d'une irritation interstitielle; mais cette lésion (sans doute à cause de la compression subie par ce petit organe dans le trou de conjugaison) est plus intense qu'au niveau du nerf, et elle s'accompagne de l'atrophie d'un assez grand nombre d'éléments nerveux.

Enfin, entre le ganglion et la moelle, l'irritation interstitielle se montre atténuée. Mais là, conformément aux lois de Waller, la racine sensitive a subi une atrophie secondaire très marquée.

2° Les troisième et cinquième nerfs lombaires, traversant des trous de conjugaison non rétrécis et se trouvant en rapport avec des parties moins malades, ne sont affectés qu'à un degré moindre. Ils présentent simplement des lésions d'irritation chronique interstitielle, sans altération encore bien nette des éléments nerveux. »

III

DIAGNOSTIC DE LA TEIGNE FAVEUSE,

par **P. AUBERT**, chirurgien de l'Antiquaille.

Cette note n'ayant point pour objet l'exposition méthodique des symptômes du favus, mais seulement le diagnostic de cette affection, nous en écarterons tout détail descriptif inutile. Disons d'abord qu'en matière de teigne, le diagnostic peut et doit se poser d'une manière absolue, au moins à la période d'état de la maladie. Cette considération préliminaire a pour but d'établir que l'on ne doit attacher ici qu'une importance secondaire soit aux commémoratifs, soit aux signes incertains, et qu'il faut aller droit aux symptômes précis et positifs. Une teigne ne se diagnostique pas par exclusion ni par à peu près, mais par ses signes propres et d'une façon positive.

En nous plaçant au point de vue d'un diagnostic sûr et rapide, nous avons deux signes qui sont à la fois *d'une constatation facile et d'une certitude absolue*:

1° *La présence de la matière favique*;

2° *La dissociation du poil, et son infiltration par l'air en stries longitudinales.*

Le premier de ces signes se constate à l'œil nu, le second tout en donnant au poil des caractères qui peuvent souvent se discerner à première vue, n'offre de certitude absolue que comme signe microscopique. Ce qui fait la valeur de ce signe, c'est qu'il est constant, et qu'il peut se constater à un très faible grossissement même sur une préparation médiocre et rapidement faite.

Tous les autres signes sont inférieurs aux deux que nous avons énoncés et qui permettent, dans tous les cas, de poser sûrement un diagnostic.

Si les trois formes signalées par Bazin sous les noms de favus urcéolaire, scutiforme, squareuse ont quelque intérêt au point de

vue descriptif, elles n'en ont aucun pour le sujet qui nous occupe. La seule distinction vraiment pratique au point de vue du diagnostic est celle qui groupe tous les favus en deux classes :

1° Ceux où la matière favique est immédiatement ou facilement visible.

2° Ceux où la matière favique est dissimulée.

Le diagnostic de ces deux séries doit être établi séparément.

I. — Cas où la matière favique est immédiatement visible.

Ces cas sont les plus nombreux, et pour eux, le diagnostic ne présente aucune difficulté.

On s'étonnera peut-être que nous n'ayons pas encore prononcé le mot de *godets*; nous l'avons fait à dessein, car souvent nous avons vu cette expression être dans les cas les plus simples une cause d'erreur et de confusion.

Il est exceptionnel en effet de trouver sur le cuir chevelu des godets bien nets et ayant cette régularité de conformation que le nom fait supposer. Le plus souvent, la matière favique est éparse, dissociée, et, tout en conservant les caractères qui lui sont propres, n'a plus la forme typique qui mérite le nom de godet. C'est pour cela qu'à la place de ce nom nous préférons employer celui de matière ou substance favique, expression plus exacte qui représente mieux ce qui se rencontre dans la majorité des cas.

Il nous faut examiner maintenant quels sont les caractères de la substance favique; ces caractères se tirent de la forme, de la couleur, de la consistance et de l'odeur.

La forme de la matière favique n'est caractéristique que lorsqu'elle se présente sous l'apparence si souvent décrite et si connue du godet, à face extérieure un peu excavée, à face profonde convexe reposant sur la couche de Malpighi, à bords mousses recouverts au moins au début par le prolongement de la couche cornée. On ne trouve guère au cuir chevelu de godets nets et réguliers que sur les régions à cheveux clair-semés où lorsque, après une ou deux épilations, on laisse récidiver la maladie livrée à elle-même.

A défaut de la forme typique, l'appréciation simultanée de la couleur et de la consistance permet, à première vue, de discerner la matière favique. Sa couleur intermédiaire entre le jaune se / fre

et le jaune paille ne ressemble à celle d'aucun produit de sécrétion de la peau. Sur les godets qui commencent à se dissocier, on peut voir que la teinte de la couche périphérique est d'un jaune plus vif que celle de la substance centrale; aussi, la couleur du godet intact est-elle toujours plus accentuée que celle de la matière qui résulte de sa fragmentation.

Au point de vue de la consistance, la matière favique n'est jamais ni liquide ni complètement sèche; si on la prend entre les doigts ou les mors d'une pince, elle peut exceptionnellement se mettre en poussière, mais le plus souvent elle se moule comme le mastic de vitrier auquel on l'a justement comparée; jamais elle ne vient à diffuser ou baver comme un produit de sécrétion semi-liquide, jamais elle ne craque ni ne donne la sensation de gravier comme un produit de sécrétion desséché.

La couleur et la consistance de la matière favique fournissent donc ici les éléments essentiels du diagnostic.

L'odeur est un signe réel, mais de valeur moindre; cette odeur que l'on a comparée à celle de la souris est assez caractéristique; mais, pour qu'elle existe nettement, il faut une proportion de matière favique assez considérable, et, dans ce cas, la vue a déjà posé le diagnostic avant même que l'odorat ne soit intervenu.

Les caractères microscopiques de la matière favique sont bien décrits et bien figurés dans presque tous les auteurs. La forte proportion de mycelium, la forme variable des spores (sérique, ovoïde, en quenelle, etc.). Leur volume fournit d'utiles éléments de distinction entre le parasite du favus et celui de l'herpès tonsurant. Nous indiquons ces caractères sans y insister, car l'aspect à l'œil nu de la matière favique est bien plus probant que toute préparation microscopique. Nous faisons cependant une exception pour les cas d'érythème favique, dans lesquels de petits points miliaires jaunes, difficiles à bien distinguer à l'œil nu, ne révèlent sûrement qu'avec le microscope leur nature parasitaire.

II. — Cas où la matière favique est dissimulée.

C'est dans cette série que se présentent les cas vraiment difficiles ou litigieux, et c'est alors que les caractères du poil acquièrent au point de vue du diagnostic une importance fondamentale.

Cliniquement, nous avons trouvé la dissimulation de la matière favique dans les trois circonstances suivantes :

1° Nettoyement de la tête et traitement ayant enlevé la plus grande partie des éléments parasitaires.

2° Mélange de la matière favique avec une forte proportion de produits épidermiques.

3° Mélange ou superposition de produits de sécrétion, pus, sang ou sérosité plus ou moins desséchés.

Cette dernière condition se rencontre surtout lorsqu'il y a complication d'un impétigo pédiculaire intense.

Quelques-uns des faits qui précèdent peuvent être ramenés par une exploration attentive à la première catégorie. La matière favique en effet se trouve quelquefois alors facilement, soit à la périphérie de la lésion, soit sous les croûtes ou squames soulevées avec une pince; mais quelquefois aussi cette recherche est infructueuse, et, même lorsqu'elle réussit, elle prend plus de temps que l'examen direct des caractères du cheveu.

Avant d'aborder l'étude de ces caractères, il faut accorder une mention spéciale à un symptôme important que l'on constate sur les têtes préalablement nettoyées et après la coupe des cheveux, *c'est la rougeur à la fois intense et nettement limitée des espaces malades.*

Ce symptôme a une valeur considérable; l'épilation même, loin de le faire disparaître ne sert qu'à l'accentuer davantage; jamais nous ne l'avons vu manquer dans le favus: pour un œil même peu exercé, il guide et éclaire à première vue le diagnostic. Cependant nous ne plaçons ce signe qu'au troisième rang, après la constatation de la matière favique et après les caractères du cheveu; cela pour deux raisons.

Ce symptôme ne se constate bien que sur une tête nettoyée et ce n'est point en cet état que nous sont ordinairement présentés les malades; puis tout en étant constant dans le favus, ce symptôme, peut appartenir à des affections vulgaires. Sans parler des psoriasis capitis, nous avons remarqué plusieurs cas d'eczéma ou d'impétigo du cuir chevelu disposé en espaces limités et qui rappelaient absolument l'aspect d'une plaque favique.

Dans ces cas vraiment difficiles, l'examen des caractères du cheveu permet seul de poser un diagnostic certain.

Au sujet de l'appréciation de ces caractères quelques auteurs ont attaché trop d'importance à des signes secondaires et inconsistants, par exemple, le gonflement des gaines, et la disposition en crosse du bulbe. Il est très exact que sur une plaque favique préalablement nettoyée, un grand nombre de cheveux, lors-

qu'on les arrache, viennent avec des gaines gonflées dont on a justement comparé l'apparence à un revêtement d'amidon cuit. Ce signe présente dans le favus une fréquence et une intensité que l'on ne retrouve pas dans les affections vulgaires, mais il existe aussi dans ces affections, l'eczéma par exemple et même le simple pityriasis. De plus, dans le favus, il fait parfois défaut, et nous avons sur certaines plaques, arraché des cheveux par dizaines pour en trouver à peine quelques-uns ayant les gaines gonflées. Ce symptôme n'a donc qu'une valeur secondaire quoique réelle.

Si l'on arrache les cheveux avant le nettoyage de la tête et à travers le revêtement croûteux de celle-ci, ils viennent le plus souvent sans gaines, soit que celles-ci aient été arrêtées au passage, soit que les cataplasmes et onctions grasses employés pour nettoyer le cuir chevelu aient favorisé le gonflement ou l'issue des gaines. Nous ferons remarquer en passant que le gonflement et l'extraction facile des gaines sont une chose heureuse au point de vue du traitement par l'épilation; de nombreux éléments parasitaires étant placés entre la gaine interne et la tige du poil, l'arrachement des gaines enlève bien plus sûrement tous les parasites d'un follicule que le simple arrachement de la tige.

Il y a donc lieu, au point de vue thérapeutique, de se préoccuper des moyens qui peuvent favoriser le gonflement et l'issue des gaines.

Le bulbe en crosse n'a de valeur d'aucune espèce.

Toutes les fois qu'un cheveu vient avec ses gaines, celles-ci forment une masse plus solide qui maintient la rectitude de son extrémité; mais si la tige vient seule, le bulbe qui forme à son extrémité une partie molle et flexible s'incurvera presque toujours d'un côté ou d'autre, que le cheveu soit sain ou qu'il soit malade.

Pour nous, le fait qui par son existence constante domine toute la symptomatologie tirée du cheveu, c'est la dissociation des éléments qui le constituent; cette dissociation porte essentiellement sur la substance fondamentale ou fibreuse du cheveu. L'épidermicule ou cuticule tout en étant enlevée çà et là par petites plaques continue à former un revêtement à peu près continu; il résulte de cette persistance de l'épidermicule que le cheveu favique conserve la netteté de son contour et de ses bords et ne prend pas l'aspect inégal et bosselé du cheveu trichophytique.

La dissociation des fibres cellulaires qui constituent le cheveu entraîne la formation de grandes lacunes longitudinales pouvant at-

teindre plusieurs millimètres de longueur, anastomosées entre elles et que l'air vient remplir. On comprend qu'une semblable disposition des éléments fasse disparaître toute apparence de canal médullaire dans les cheveux qui avant d'être atteints présentaient ce canal. On peut donc affirmer que tout cheveu qui présente un canal médullaire est sain, au point de vue parasitaire, dans toute l'étendue où ce canal existe : avec cette restriction cependant qu'il y a dans l'évolution des teignes un instant très court où les gaines commencent à être envahies sans que le cheveu adjacent soit encore atteint.

La dissociation du cheveu favique détermine et explique tous les caractères que celui-ci présente soit à l'œil nu, soit au microscope ; elle explique l'aspect de pinceau ou de balai que présente souvent le bout libre, la fragilité plus grande d'où résulte la longueur généralement moindre des cheveux faviques par rapport aux cheveux sains, l'aspect grisâtre, terne, sec, grossier, parfois si caractéristique ; elle explique enfin la pénétration de l'air dans l'intérieur des cheveux et les signes optiques qui en résultent.

Avant de décrire ces signes optiques et d'en faire ressortir l'intérêt, il est bon de présenter, sur l'apparence du cheveu favique à l'œil nu quelques considérations utiles qui ne sont pas assez nettement formulées dans les auteurs.

Il ne faut pas attacher un sens trop absolu à cette notion de la perte d'éclat et de brillant, ni à la décoloration du cheveu favique.

La conservation de l'épidermicule maintient en effet une certaine netteté de la surface externe ; et l'on peut voir des touffes faviques avoir réellement du brillant et de l'éclat ; ce dont il faut tenir compte, c'est donc moins de ces caractères pris en eux-mêmes que du contraste qui en résulte avec les cheveux sains des régions voisines.

Ce contraste même, si frappant dans quelques cas, s'atténue au point de tromper un œil exercé lorsque les cheveux ont été coupés court à une hauteur uniforme, et surtout, si après avoir été coupés, ils sont enduits de quelque corps gras ou même simplement mouillés. C'est une chose que nous avons souvent fait remarquer à nos élèves que les touffes faviques les plus caractéristiques à l'entrée d'un malade devenaient méconnaissables après la section des cheveux et le nettoyage de la tête. C'est alors que la constatation d'espaces rouges à bord nettement limité devient un très utile élément de diagnostic et peut même appeler pour la première fois l'attention sur une plaque favique perdue dans une région eczémateuse ou

impétigineuse ; c'est alors aussi que l'examen histologique peut devenir indispensable pour poser un diagnostic absolument certain.

Si l'on examine comparativement sur une même préparation dans l'eau ou la glycérine à un faible grossissement, 30 à 50 en diamètre, un cheveu sain et un cheveu favique, on voit à la lumière transmise que le cheveu favique est plus opaque et obscur que le cheveu sain. Mais si on cesse d'éclairer la préparation avec le miroir et qu'on observe à la lumière réfléchie, on voit le cheveu favique s'éclairer en présentant une striation brillante alors que le cheveu sain paraît moins brillant et plus sombre. Ce signe s'interprète facilement et se retrouve du reste pour toute substance infiltrée d'air : débris quelconques, canal médullaire d'un cheveu sain, etc. A la lumière transmise, le cheveu sain homogène et compact laisse passer la lumière dans la mesure, bien entendu, que permettent les variations d'épaisseur et de pigmentation ; le cheveu favique, au contraire, fragmenté et dissocié intercepte les rayons lumineux. Par contre, à la lumière réfléchie, toutes ces inégalités constituent avec les bulles d'air autant de surfaces de réflexion qui projettent la lumière et font paraître le cheveu favique éclairé.

Il faut prendre garde dans l'appréciation de ce signe que l'illumination du cheveu vienne bien de sa substance propre et non de quelques débris épidermiques accolés à sa périphérie.

Il faut savoir également que ce signe doit être constaté dans la tige du cheveu ou dans la portion cylindrique de sa racine. En effet, la portion conoïde du cheveu qui constitue la partie supérieure du bulbe présente sur les cheveux à gaines gonflées que ceux-ci soient parasitaires ou non un aspect blanchâtre et comme phosphorescent à la lumière réfléchie.

Comme la dissociation du cheveu, tout en ne se rencontrant dans aucune des affections vulgaires du cuir chevelu, n'appartient pas exclusivement au favus, mais existe également dans l'herpès tonsurant et dans la trichoptilose et qu'elle entraîne dans ces cas certaines analogies d'aspect dues à l'existence des mêmes caractères optiques, il faut savoir distinguer les dissociations du cheveu favique de celle du cheveu trichophytique et trichoptilique. Rien n'est plus facile. Le cheveu de l'herpès tonsurant ne présente ni la longueur ni la régularité de forme et de contour du cheveu favique, c'est un petit tronçon irrégulier, bosselé, bourré de spores, presque toujours sans bulbe et long à peine de quelques

millimètres. Le cheveu favique, au contraire, a sa forme propre et toute son apparence de cheveu.

Dans la trichophlose qui est du reste sensiblement plus fréquente à la barbe qu'au cuir chevelu, la dissociation n'est pas continue comme dans le favus ; elle est disposée en nœuds ou îlots plus ou moins espacés et séparés par des segments d'apparence tout à fait saine. Ce signe commun de dissociation des éléments du poil présente donc dans ces trois cas des différences assez grandes pour que la confusion ne soit pas possible.

Rien, sinon la destruction du cheveu, ne peut faire disparaître la dissociation, mais les signes dérivés de celle-ci peuvent s'atténuer ; nous avons déjà insisté sur ce fait en parlant des caractères, à l'œil nu, du cheveu favique. L'infiltration d'air peut également disparaître lorsque quelque liquide vient chasser l'air et prendre sa place, comme cela arrive sur une tête enduite plusieurs jours de corps gras ou de glycérine. Cependant même dans ce cas la pénétration du liquide se fait mal et très lentement dans la portion de la tige comprise entre les gaines et incluse dans le derme et c'est là qu'il faut chercher la persistance de l'infiltration par l'air avec tous ses caractères. De même sur une préparation à la glycérine faite depuis quelques jours le liquide s'infiltre peu à peu et chasse l'air ; il faut donc si l'on veut conserver les cheveux faviques avec leurs caractères originels, les monter avec quelque précaution dans le baume de Canada. Du reste le cheveu infiltré de graisse ou de glycérine laisse toujours voir la dissociation de ses éléments et cela, tout en constituant un signe moins grossier en quelque sorte et moins frappant que l'infiltration d'air, suffit pour le diagnostic.

Après avoir étudié les effets de la dissociation, veut-on en rechercher la cause, la première idée qui se présente est que les éléments parasitaires ont pénétré entre les fibres du cheveu et les ont écartées mécaniquement.

Un examen plus attentif ne confirme pas cette idée, en ce qui concerne le favus ; et nous sommes sur ce point de l'avis de M. Rémy (*Progrès médical*, 1873) qui dit que l'achorion ne se développe qu'entre les couches de l'épiderme et ne pénètre que très exceptionnellement dans l'intérieur du cheveu. M. le docteur Chandelux qui a bien voulu nous apporter ici le concours de sa compétence histologique, a trouvé les spores les plus profondes groupées en îlots à la face interne de l'épidermicule, mais ne pénétrant pas dans la substance du poil. La pénétration du parasite

dans l'intérieur du poil n'appartient qu'aux affections trichophytiques.

La dissociation du cheveu favique résulte donc d'un trouble trophique causé par la présence du parasite à sa périphérie; ce trouble trophique est caractéristique et sa constatation plus facile et plus rapide que celle des éléments parasitaires, est tout aussi probante au point de vue du diagnostic.

Nous étions arrivé d'après les faits cliniques à cette notion que la couche la plus centrale de la gaine externe devait sécréter quelque matière unissante qui achève de donner à la racine du poil son homogénéité et sa consistance et lui constitue les caractères définitifs que présente la tige.

Nous partions de ce fait d'observation que si l'on rase une plaque favique et la région saine voisine on ne constate pas de différence sensible dans la croissance des deux séries de cheveux qui, en des temps égaux, atteignent des hauteurs égales. Pour expliquer ce double fait de régularité dans la croissance, malgré le trouble trophique profond que présente le cheveu favique, il nous avait paru naturel d'admettre que le fond du follicule continue à former régulièrement le poil, mais que la gaine interne écartée et irritée par le parasite ne fournissait plus le ciment intercellulaire.

Cette idée a pris pour nous plus de précision et d'exactitude depuis que nous avons entendu les savantes lignes du professeur Renaut, qui se basant sur l'examen histologique, considère la couche de Huxley comme l'agent définitif de la cimentation des bandes cornées primitivement distinctes dans la portion bulbaire du poil et dont la corne granuleuse sécrétée au niveau de la gaine de Huxley, vient en quelque sorte cimenter les points et donner à la tige du poil son caractère homogène.

Il ne nous reste plus qu'à indiquer quelques points spéciaux qui se rapportent au diagnostic de la guérison du favus, au diagnostic rétrospectif de cette affection lorsqu'elle est guérie et au diagnostic par correspondance.

La constatation de la guérison ne repose pas sur d'autres caractères que celui de la maladie, car la question se réduit à celle de savoir si la maladie est ou n'est plus. On explorera avec soin les surfaces, on cherchera dans les petits points où subsiste une squame, une croûte, une pustule, s'il ne reste pas quelque cheveu malade.

Il nous arrive assez fréquemment, même après cinq ou six épilations de trouver çà et là un cheveu favique bien net.

On tiendra compte du plus ou moins d'intensité de la rougeur congestive des surfaces ; à mesure que la guérison s'achève, celles-ci tendent à pâlir de plus en plus et à rester pâles même si on fait incliner fortement la tête du malade ou si on fait exécuter un effort. Notre collègue, M. Horand, insiste avec raison sur la valeur de ce signe.

L'expectation reste le seul juge définitif de la question. Si après quelques semaines, rien ne reparait, si la tête est propre, sèche, pâle, l'affection est bien guérie ; si elle est rouge, squameuse, le doute est légitime ; et si on voit paraître çà et là de petits points jaunes, de vrais godets alors, la récurrence est certaine.

Le diagnostic rétrospectif d'un favus ancien devient impossible si l'affection traitée à temps n'a laissé aucune trace de son existence ; on peut cependant nier à peu près sûrement le favus si la maladie a guéri par des moyens simples et l'affirmer presque si elle n'a cédé qu'à des épilations répétées ; de plus, une alopecie cicatricielle siégeant spécialement sur le sommet de la tête est presque toujours l'indice d'un favus antérieur.

Le diagnostic par correspondance qui en d'autres matières n'a pas de valeur réelle et n'est le plus souvent qu'un procédé de charlatanisme peut s'établir ici sur une base sérieuse ; il nous est arrivé maintes fois de recevoir de nos confrères des croûtes ou des cheveux provenant de cas douteux et de pouvoir poser un diagnostic précis.

En terminant, nous rappellerons que tout en tenant compte des antécédents, des commémoratifs, de la durée, de la contagion possible, etc., on ne peut baser sur ces éléments une affirmation positive. Pour affirmer, il faut : ou bien voir le parasite et cela non pas seulement sous forme de quelques spores ou tubes de mycélium, mais en masse et dans son ensemble, ou bien voir les troubles fonctionnels et trophiques qui, étant causés par un agent spécial, prennent eux-mêmes une physionomie spéciale.

Pour conclure, nous dirons que le diagnostic de favus repose :

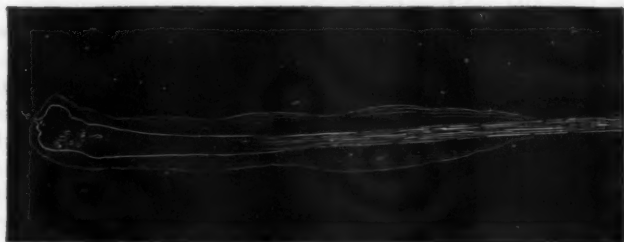
1° Sur la constatation à l'œil nu de la matière favique ;

2° A défaut de celle-ci, sur la constatation de la dissociation spéciale des éléments du cheveu. De tous les caractères qui dérivent de cette dissociation, l'infiltration du cheveu par l'air est le plus permanent. Cette infiltration observée à un grossissement faible, entraîne l'opacité et la noirceur du cheveu à la lumière transmise, son éclat et sa striation brillante à la lumière réfléchie. Ce signe a une haute valeur et nous pouvons dire, après avoir examiné quel-

ques centaines de sujets faviques, que c'est le moyen qui nous rend le plus de services pour le diagnostic rapide des cas difficiles.

3^e Après les signes déjà énoncés, il faut placer la disposition en plaques rouges plus ou moins étendues et à bord exactement limité.

La planche figure le cheveu favique tel qu'il se présente sous



un faible grossissement à la lumière réfléchi. Il était fort difficile de rendre directement par un dessin le jeu de lumière que l'on observe. M. le docteur Garel y est parvenu assez heureusement en dessinant un cliché d'après nature et en le reproduisant par la photographie. On y voit les lacunes longitudinales remplies d'air se dessinant sous forme de traits blancs et lumineux ; ces traits pénètrent à peu près jusqu'à la partie moyenne de la portion incluse ou intra-dermique de la tige du cheveu.

IV

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITQUES PRÉCOCES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

par **CHARLES MAURIAC**, médecin de l'hôpital du Midi (1).

TROISIÈME SÉRIE

NÉOPLASIES PRÉCOCES ET ULCÉREUSES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

L'évolution des néoplasies dont il me reste à parler maintenant est loin d'être aussi simple que dans les faits des deux premières sections. On verra qu'il n'existe à peu près aucune différence entre ces productions gommeuses et celles qui surviennent soit à la phase moyenne, soit aux périodes ultimes de la syphilis.

I

Voici d'abord un cas dont j'ai pu suivre toutes les particularités depuis le chancre initial jusqu'à la guérison des tumeurs gommeuses multiples qui se développèrent comme une éruption sous-cutanée généralisée, vers le 6^e mois du chancre :

Obs. 16. *Syphilis gommeuse précoce, consécutive à un chancre éphémère.* — Traitement dès le début. — Au 3^e mois, syphilide ulcéreuse d'emblée sous forme d'ecthyma. Au 6^e ou 7^e mois, éruption de tumeurs gommeuses, sur le tronc : les unes s'ouvrirent, d'autres se ramollirent et devinrent fistuleuses, et enfin d'autres se ramollirent sans s'ouvrir. — Ulcérations serpiginieuses des extrémités inférieures. — Guérison par l'iodure de potassium, au bout de 15 jours, pour les gommès, et de 3 semaines, pour les ulcérations serpiginieuses.

M. François, 37 ans, employé, contracta au mois d'août 1877, un petit chancre infectant superficiel, situé dans le sillon balano-préputial, qui fut

(1) Voy. *Annales de dermatologie*, année 1880.

traité par moi, à la consultation de l'hôpital du Midi et guéri en 10 ou 12 jours sans laisser aucune trace. La bénignité de l'accident primitif devait contraster comme on va le voir, avec la gravité des accidents ultérieurs. Et, en effet, malgré la médication interne instituée dès l'origine de la maladie, la première poussée qui eut lieu en novembre (peut-être y avait-il eu auparavant quelques autres manifestations, mais elles avaient passé inaperçues), fut constituée par des croûtes dans les cheveux et 5 ou 6 larges pustules d'ecthyma sur les membres inférieurs, et une ulcération de la paupière droite inférieure près de l'angle externe, qui fut suivie d'une profonde échancrure.

Cet homme entra alors dans mes salles une première fois, le 30 novembre, et il sortit guéri de cette syphilide ulcéreuse le 14 janvier 1878. Après être sorti, il continua le traitement et prit de l'iode de potassium et environ 200 pilules de protoiodure. Néanmoins, un mois après, c'est-à-dire le 4 février 1878 (6^e mois révolu de la syphilis), il fut repris d'accidents encore plus sérieux que les précédents. Et pourtant sa santé générale était très bonne et la syphilide ulcéreuse d'emblée survenue en novembre n'avait été précédée ni accompagnée d'aucun trouble constitutionnel.

La seconde poussée débuta par deux larges ulcérations serpigneuses situées sur la partie antérieure de la jambe gauche: l'une était ovale et régulière de 3 à 4 centimètres de diamètre, l'autre en fer à cheval, mesurait 8 à 10 centimètres. Toutes deux avaient un fond rouge et saignant, une base pâle et des bords taillés à pic.

Peu de jours après il se produisit à la partie externe du sein gauche une vaste ulcération courbe, et, vers le 1^{er} avril, des tumeurs gommeuses apparurent sur diverses parties du tronc.

Le malade rentra alors dans mes salles, salle 8, n° 32. Le 17 avril, je constatai chez lui l'état suivant (7^e mois révolu de la syphilis): Il existait sur le tronc, principalement dans le dos, 10 ou 12 tumeurs gommeuses à divers degrés d'évolution, bien qu'elles eussent débuté à peu près en même temps, vers la fin de mars ou le commencement d'avril. L'une d'elles était largement ouverte et convertie en une profonde excavation à bords stratifiés; elle était ovale et mesurait 3 centimètres 1/2 de longueur sur 2 de largeur. Trois autres, moins volumineuses, s'étaient complètement ramollies et avaient évacué leur contenu à l'extérieur par une ouverture fistulo-ulcéreuse étroite, à travers laquelle on pénétrait dans une cavité arrondie, à parois dures et hyperplasiées sauf la supérieure constituée par la peau amincie et flasque. Cinq ou six tumeurs gommeuses, grosses comme une noix, étaient également ramollies mais non ouvertes et manifestement fluctuantes. La peau qui les recouvrait était rougie, amincie et sur le point de s'ulcérer.

Sur la paupière supérieure gauche, il existait aussi une petite tumeur gommeuse ramollie, mais non ouverte qui ressemblait un peu à un orgeolet chronique et indolent. Sur la paupière inférieure droite, persistance de l'échancrure consécutive à l'ulcération de la première poussée.

Le cuir chevelu était labouré par trois ou quatre ulcérations taillées à pic qui suppuraient abondamment. Les gommages du dos évacuaient aussi de leur intérieur une assez grande quantité de pus et de sérosité sanieuse. Seule, l'ulcération du sein présentait un fond bourgeonnant de bonne nature et paraissait en voie de cicatrisation, quoiqu'elle reposât sur une vaste infiltration gommeuse sous-jacente.

Chose remarquable, malgré toutes ces lésions suppurantes, la santé générale du patient n'était en rien dérangée ni affaiblie.

Je prescrivis d'emblée 5 grammes d'iodure de potassium et une cuillerée à bouche de sirop de biiodure ioduré. — Bains. — Pansements avec du cérat ordinaire.

Au bout de dix jours (27 avril), un mieux extraordinaire s'était produit : La gomme ulcérée du sein était à peu près cicatrisée et réduite à quelques bourgeons charnus de bonne nature. Il en était ainsi de celle au dos. Quant aux gommcs ramollies et s'ouvrant à l'extérieur par un petit pertuis, leur cavité était en partie comblée, et la peau adhérait au fond. — Enfin les gommcs ramollies mais non ouvertes, avaient diminué des $\frac{2}{3}$ et se présentaient, à leur centre qu'un peu de fluctuation et la peau qui les recouvrait était à peine rosée. — La gomme des paupières avait disparu. Santé générale toujours très bonne. Les ulcérations serpiginieuses de la jambe étaient en partie cicatrisées.

Le 1^{er} mai, toutes les gommcs du tronc, ulcérées, fistuleuses ou non ouvertes, étaient complètement guéries. Vers le 15, la cicatrisation des ulcérations était achevée. Le malade continua son traitement encore quelques jours, dans mon service. Il sortit très bien guéri le 8 juin 1878.

Cette observation est si précise et si claire, et elle rentre tellement dans mon sujet, qu'on peut la considérer comme typique. Les particularités intéressantes qu'elle présente sont nombreuses et méritent d'être étudiées. Voilà d'abord une syphilis qui devient gommeuse au 6^e mois ; et ce ne sont pas là des nédosités ou des suffusions érythémateuses et résolutives qui se produisent avec abondance dans le tissu cellulaire sous-cutané, ce sont de véritables gommcs qui paraissent rapidement sur divers points du tronc. A peine nées, elles passent, pour ainsi dire, sans transition de la phase formative à la phase de régression, et toutes, en 15 jours ou 3 semaines, arrivent au ramollissement. Quelques-unes s'ulcèrent d'emblée ; d'autres se ramollissent et s'ouvrent, et enfin un bon nombre restent à l'état de cavités closes, fluctuantes. En voyant le processus se précipiter vers son terme avec une pareille impétuosité, on aurait pu croire que le pronostic était des plus graves. Eh bien, l'événement a prouvé le contraire. Presque toutes ces tumeurs gommeuses précoces ont cédé merveilleusement à l'action curative de l'iodure de potassium. Il a suffi d'un traitement poussé avec vigueur pendant 10 ou 15 jours pour en faire justice. Elles se sont dissipées et guéries avec la même promptitude que les nodosités et les suffusions résolutives.

Toutes les gommcs précoces parcourant le cycle plus ou moins

complet de leur évolution et aboutissant à la nécrobiose, ne se comportent pas d'une façon aussi bénigne et ne montrent pas une pareille sensibilité à l'action des spécifiques. A cet égard, le fait actuel est en opposition parfaite avec celui que j'ai décrit comme un exemple de syphilis gommeuse, précoce et réfractaire à l'iodure de potassium. Quelle est la cause d'une pareille différence dans les résultats, quand la maladie principale et les circonstances accessoires paraissent à peu près les mêmes? Nous l'ignorons. Et qu'on veuille bien remarquer qu'ici les premières manifestations étaient empreintes aussi d'une certaine malignité, puisque, dès le deuxième et le troisième mois, un ecthyma très ulcéreux s'était montré sur diverses parties du corps, et que des ulcérations phagédéniques avaient envahi une des jambes, en même temps que l'éruption des tumeurs gommeuses s'effectuait sur le tronc.

Ulcérations et gommages ont donc été guéries très rapidement. Le traitement topique n'y a été pour rien, puisque j'ai employé du cérat simple afin de laisser tout l'honneur de la cure à la médication interne. Quand je dis tout l'honneur, je me trompe, car l'organisme, toujours inattaqué dans ses forces vives, pendant les deux poussées, a pris sans doute une part active à la guérison et je ne serais pas éloigné de croire qu'il l'eût peut-être opérée à lui tout seul. C'est une chose remarquable, en effet, que la différence qui existe entre les organismes sous le rapport de leur aptitude à concevoir et à féconder l'action curative que tend à faire naître, dans l'économie, tel ou tel ordre d'agents médicamenteux. Cette aptitude est indépendante, dans une certaine mesure, de la facilité avec laquelle les mêmes organismes se laissent plus ou moins subjugués par l'action morbide que doivent combattre les spécifiques. Qui n'a vu, par exemple, des malades, très gravement atteints et en peu de temps, par le virus syphilitique, en réparer les méfaits avec une promptitude extraordinaire, dès qu'on leur donnait un peu de mercure ou d'iodure de potassium? On dirait qu'il réside en eux une force de réaction réduite momentanément à l'inertie, mais qui se réveille et développe tous ses effets dès qu'elle est touchée par l'agent spécifique. Et la preuve qu'il en est ainsi, c'est que, en pareil cas, l'œuvre n'est pas entièrement subordonnée aux doses. Mise en branle, la force réactive agit seule. De là à la spon-

tanéité dans la guérison, il n'y a qu'un pas. Par contre, on voit des patients dont les diverses affections syphilitiques ont des allures bénignes, rester presque absolument insensibles à l'action curative des médicaments. Quant à ceux qui possèdent une aptitude à la prolifération toxique dans toutes ses conséquences, et qui sont totalement dépourvus de toute activité curative soit spontanée, soit provoquée par les médicaments, eh bien, cette double infortune les condamne ou du moins les expose aux formes les plus graves et même aux formes malignes de la maladie constitutionnelle.

Pour en revenir à notre malade, après cette longue digression, je dirai qu'il y avait tout à la fois chez lui malignité dans les lésions puisque, d'emblée, elles étaient destructives ou tendaient à la destruction, et bénignité dans le processus, puisque ce processus semblait ne demander que le moindre prétexte pour s'arrêter et faire place à l'action curative de l'organisme suscitée par les spécifiques. De pareils faits sont le triomphe du médecin et la gloire de la médecine. Malheureusement ils ne sont pas très communs.

Une autre particularité, digne d'attention, c'est le contraste entre l'insignifiance de l'accident primitif et la gravité de l'intoxication. En basant le pronostic sur la généralité des faits, on aurait pu rassurer ce malade et lui annoncer qu'il n'aurait probablement, comme suites immédiates de ce chancre si bénin et de si courte durée, que quelques syphilides légères et des plaques muqueuses pendant un an ou deux. Mais voilà que dès les premiers mois de la période virulente il se produit des ecthymas, des ulcérations phagédéniques et une éruption confluyente de gommès à processus nécrobiotique ! Où est la loi de concordance entre le caractère de l'accident primitif et le caractère des premières manifestations générales ? C'est là une des nombreuses surprises que ménage trop souvent la syphilis. Et ici vous n'invoquerez pas les causes générales d'affaiblissement, la débilité organique, l'appauvrissement du sang, le délabrement fonctionnel du système nerveux, etc., etc. Cet homme était et est resté d'une santé excellente qui ne s'est point démentie un seul instant, même au plus fort du processus ; et, par le fait, il n'a pas été malade

en prenant le mot dans le sens d'un trouble synergique des grandes fonctions organiques. Les graves affections cutanées et sous-cutanées dont il était atteint paraissaient lui être étrangères et évoluer en dehors de lui. Mais cette sorte de passivité plus apparente que réelle, qui n'opposait aucun obstacle à l'invasion et au processus des tumeurs gommeuses et des ulcérations, est sortie brusquement de sa torpeur aux premières doses de l'iodure, et le traitement interne a été aussi heureux et aussi prompt qu'on le pouvait souhaiter.

II

Dans le fait suivant, je n'ai pas assisté, comme dans ce dernier, à l'évolution de la diathèse et de ses principales manifestations. Le patient n'habitait pas Paris, il ne faisait qu'y passer et je ne l'ai vu qu'une seule fois; mais son histoire, quoique incomplète, n'est pas sans intérêt.

Obs. 17. Au 3^e mois 1/2 d'un chancre syphilitique, à peine cicatrisé, et au déclin d'une roséole, apparition, sur les extrémités inférieures, de tumeurs gommeuses typiques et de plaques dermo-cellulaires, dont quelques-unes ulcérées à leur centre.

M. X..., âgé de 33 ans, d'une bonne santé habituelle, n'avait jamais eu, sauf quelques blennorrhagies, aucune maladie générale ou locale, accidentelle ou constitutionnelle, lorsque, à la suite de plusieurs coïts successifs, il vit apparaître, le 4 avril 1879, trois chancres, situés, l'un sur le filet et les deux autres, dans la rainure, accompagnés d'adénopathie inguinale, et qui ne furent guéris qu'au bout de trois mois et demi.

Quatre semaines environ après l'apparition des chancres, M. X... eut un peu de fièvre pendant deux ou trois jours, puis il survint une éruption papuleuse sur le tronc, pendant les premiers jours de mai. On lui fit prendre des pilules de sublimé et des pilules de fer. Il a pris environ 120 des premières.

La première éruption cutanée fut peu confluent. Rien sur la figure, pas de maux de tête, pas de douleurs dans les membres. Névralgies intercostales. Un mois après le début de l'éruption plaques muqueuses dans la gorge et dans la bouche (commencement de juin).

Ces accidents étaient peu de chose. Mais, vers le milieu de juin, M. X... fut pris peu à peu de douleur dans les membres inférieurs, qui s'exaspéraient par la marche, au point de causer un peu de claudication. Les papules qui existaient déjà sur les jambes, au lieu de diminuer comme sur d'autres parties du corps, grossirent et devinrent des ulcères. Redoublement des

douleurs pendant la nuit. En palpant les parties douloureuses, le malade constata l'existence de tumeurs, de boules douloureuses situées au-dessous de la peau. Parmi elles, une très volumineuse au mollet droit.

État de M. X..., le 16 juillet 1879 (3^e mois 1/2 de l'accident primitif). L'éruption papuleuse de l'abdomen et du thorax était en voie de disparition. Tout le mal se concentrait sur les jambes qui étaient douloureuses et engourdis surtout au commencement de la marche.

Jambe gauche : à la partie moyenne et supérieure du mollet, dans le tissu cellulaire sous-cutané, deux tumeurs, l'une grosse comme une noisette, l'autre comme un œuf de pigeon, libres de toute adhérence avec la peau et les aponévroses, mobiles, peu douloureuses à la pression, régulièrement ovoïdes. En outre, dans l'épaisseur de la peau, trois ou quatre tumeurs aplaties sous forme de plaques, dures, rénitentes, faisant corps avec le derme teinté de rouge, poussent à leur surface. A côté de ces plaques s'en trouvaient 8 ou 10 autres plus petites, perforées au milieu comme à l'emporte-pièce par une ulcération arrondie, profonde et taillée à pic.

Les mêmes plaques, ulcérées à leur centre, existaient aussi sur la jambe droite. Il y avait, en outre, en arrière du mollet à sa partie moyenne, une grosse tumeur ovoïde, très saillante de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres au-dessus des parties voisines et de 3 centimètres de diamètre, un peu sensible à la pression, non adhérente à la peau qui ne présente au-dessus d'elle aucun changement de couleur, mobile au-dessus de l'aponévrose jambière, dure et homogène dans toutes ses parties.

Plaque muqueuse ulcérée sur le pli antérieur gauche du voile du palais. Santé un peu éprouvée, cependant toutes les fonctions s'exécutent régulièrement. Cessation du sublimé depuis 15 jours.

Je prescrivis du biiodure ioduré à assez hautes doses. Je n'ai pas revu ce malade.

Nous trouvons chez lui une lésion que nous n'avons pas encore observée chez les autres, du moins à ce degré du processus. Je veux parler des plaques néoplasiques, interstitielles du derme. Elles en occupaient toute la surface et avaient envahi également le tissu cellulaire sous-cutané, à en juger par leur épaisseur. Peut-être même y avaient-elles pris naissance. Elles ressemblaient beaucoup à des plaques d'érythème noueux, mais à des plaques chroniques, plus condensées, plus dures et qui auraient évolué à froid. Évidemment, par leur structure, elles devaient se rapprocher beaucoup du tubercule cutané ; et, sans leur homogénéité, l'état uni de leur surface, leur aspect tout d'un bloc, on aurait pu les prendre pour une agglomération de tubercules. Mais c'était bien une lésion unique, dermo-cellulaire, obéissant à un seul processus qui concentrait vers leur milieu sa plus grande activité de nécrobiose, comme cela a lieu dans les tumeurs gommeuses qui se

ramollissent et s'ulcèrent. Aussi étaient-elles perforées dans leur partie centrale d'une ulcération encore petite, mais qui, peu à peu sans doute, aurait envahi la masse entière. Je ne saurais mieux comparer ces plaques qu'à une gomme aplatie étalée au lieu d'être arrondie, et arrivée à sa phase d'adhérence cutanée et de ramollissement ulcéreux.

Quant aux trois tumeurs gommeuses qui siégeaient sur les mollets, elles étaient encore à leur état de crudité, et présentaient tous les caractères classiques de ces sortes de productions morbides.

N'est-il pas curieux de voir de pareilles lésions d'une nature si franchement tertiaire, naître et évoluer au 3^e mois 1/2 de la syphilis, juste au moment où l'accident initial finit de se cicatriser et où la première poussée érythémato-papuleuse commence à disparaître?

Ce cas ressemble un peu à ceux de la première catégorie, non seulement à cause de l'analogie des plaques avec l'érythème noueux, mais encore à cause des troubles fonctionnels qui ont précédé l'apparition des néoplasies. Remarquez en effet qu'ici, comme dans les érythèmes aigus, quoique les lésions fussent loin d'être inflammatoires, il s'est produit des douleurs qui semblaient en être le prodrome. Ces douleurs ont persisté pendant plusieurs jours et ont acquis assez d'intensité pour entraîner de la claudication. Puis elles ont cessé après la naissance des tumeurs qui leur ont servi de crise.

Je ne doute pas que le traitement n'ait été promptement suivi de succès ; mais que sera devenue cette syphilis gommeuse si précoce ? Il est peu probable qu'elle s'en tienne à ces premières manifestations.

III

Il n'est pas toujours possible de dire si une tumeur sous-cutanée qui est survenue dans les premiers mois de la syphilis, en même temps que d'autres manifestations spécifiques, est ou n'est pas de même nature qu'elles.

Le fait suivant en est une preuve :

OBS. 18. *A la suite de chancres infectants cicatriciels de 4 mois 1/2 de durée, syphilide à tendances ulcéreuses et arthropathies. Récidives. A la troisième poussée, en même temps qu'une syphilide polymorphe exulcéreuse, ulcération tertiaire et tumeur pseudo-gommeuse du sein.*

C..., ébéniste, 26 ans, entré le 2 mai 1876, salle 8, lit 24, avait eu, en février 1875, deux chancres cicatriciels du fourreau qui avaient duré 4 mois 1/2 et avaient été suivis d'une syphilide papulo-ulcéreuse et d'une arthropathie spécifique; en outre, il s'était produit des lésions sérieuses du côté du pharynx et du larynx. Je l'avais traité à deux reprises différentes dans mon service.

Au 15^e mois de sa maladie, il y revint pour une syphilide qui était le type du polymorphisme, car elle se composait de papules plates psoriasiformes, isolées, de papules tuberculeuses groupées en cercle autour d'une large plaque cutanée; de pustules d'ecthyma peu profondes recouvertes d'une croûte noire et mince; enfin d'une ulcération en croissant, rongeante sur son bord convexe taillé à pic, tandis qu'elle se cicatrisait du côté de sa concavité. C'était une véritable ulcération tertiaire située sur le côté gauche de la poitrine.

Mais la lésion, intéressante à notre point de vue, siégeait dans le sein droit, au-dessous du mamelon. Elle existait depuis 7 ou 8 jours et consistait en une tumeur dure, un peu douloureuse au toucher, diffuse, grosse comme une noisette, sans changement de couleur à la peau, qui ne lui adhérait pas.

Après être restée 4 ou 5 jours stationnaire, cette petite tumeur du sein droit augmenta de volume, devint plus sensible, adhéra à la peau, mais sans la faire changer de couleur.

Au 25^e jour de sa durée, elle avait triplé de volume; la peau était rouge et tendue; on sentait de la fluctuation au-dessous du mamelon. La lésion, depuis 4 ou 5 jours, avait pris la physionomie et les allures d'un abcès aigu, si bien que je l'incisai, quoique je me sois fait une règle de ne porter que le plus rarement possible l'instrument tranchant sur les collections d'origine syphilitique. Cet abcès se guérit rapidement ainsi que l'ulcération tertiaire des parois thoraciques. Le malade était soumis à un traitement mixte énergique; c'était le troisième qui était institué et suivi depuis le début de la maladie, sans grand résultat préventif.

Je suis loin d'accorder à ce fait la même valeur qu'aux autres. Quoique la tumeur ait été dans sa première phase, subaiguë, sous-cutanée et sans connexion avec la peau, comme les nodosités néoplasiques, je ne crois pas qu'il faille la ranger dans la même catégorie que ces dernières. La terminaison, en effet, a été celle d'un abcès aigu.

Elle ne contenait que du pus et pas de tissu cellulaire bourbilloeux; enfin, elle s'est cicatrisée sans montrer la moindre tendance à l'ulcération. Néanmoins, comme elle s'est produite, sans

aucune cause provocatrice, en même temps qu'une poussée d'accidents cutanés dont quelques-uns étaient franchement ulcéreux, peut-être ne serait-il pas impossible qu'elle eût quelques attaches spécifiques. C'était une sorte d'abcès à marche équivoque, comme j'en ai rencontré plusieurs fois dans le cours de la syphilis, une espèce de pseudo-gomme aiguë à processus rapide et à tendance franchement adhésive aussitôt après l'évacuation de son contenu.

C'est aux extrémités inférieures et principalement sur les jambes que les tumeurs gommeuses ont le plus de tendance à se produire. C'est là aussi qu'on les voit parcourir rapidement toutes les phases de leur évolution. Cette influence régionale est incontestable. Elle se manifeste non seulement pour les productions gommeuses sous-cutanées, mais aussi pour toutes les affections cutanées spécifiques qui sont ou qui deviennent là beaucoup plus qu'ailleurs, en peu de temps, ulcéreuses et même serpigneuses. Je pourrais citer plusieurs faits à l'appui de cette proposition, je me bornerai au suivant qui est typique.

Obs. 19. *Chancres infectants compliqués de bubons suppurés guéris spontanément. — Syphilide papuleuse. — Au 7^e jour de l'accident primitif, éruption de tumeurs gommeuses confluentes sur les deux jambes. Elles s'ulcèrent très vite. — Difficulté de leur guérison. — Leur persistance au bout de trois mois de traitement. — Peu d'influence des accidents syphilitiques sur la santé générale.*

M. Paul H..., 22 ans, brasseur, entré le 15 avril 1869, dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 6, n° 13, grand, blond, d'apparence strumeuse, bavaïois d'origine, s'était toujours très bien porté et ne présentait dans ses antécédents aucun vice constitutionnel, lorsqu'il lui survint un chancre infectant le 15 janvier 1869, après trois semaines d'incubation. — Au bout de 15 jours, bubons suppurés qui guérirent spontanément en une semaine. — Puis syphilide papuleuse.

Vers le 22 mars (71^e jour du chancre), les jambes se couvrirent de grosses tumeurs qui ne tardèrent pas à se ramollir et à s'ulcérer.

Lorsque le malade entra dans mon service, il était en pleine poussée d'accidents secondaires papuleux sur la peau et sur les muqueuses. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable dans son fait, c'était l'existence de nombreuses gommes sur les faces interne et externe des deux jambes. Ces tumeurs étaient d'un rouge livide, arrondies et élevées de 1 à 3 centimètres au-dessus des parties voisines. Quelques-unes étaient dures, d'autres ramollies et fluctuantes, d'autres enfin plus ou moins largement ouvertes et creusées

d'ulcères profonds, à bords déchiquetés, taillés à pic, à fond bourgeonnant couvert d'une suppuration sanieuse. Immobiles et ne glissant pas sur les parties sous-jacentes, elles semblaient avoir des racines jusque dans le périoste et les tissus aponévrotiques. Cependant les tibias n'étaient pas atteints. Le tissu sous-cutané, dans leur intervalle, était sclérosé. Elles ne causaient aucune douleur.

Le traitement mixte que j'instituai immédiatement, et à hautes doses, fut loin de produire l'effet que j'en attendais. La guérison fut très lente. Les topiques nombreux auxquels j'eus recours ne parurent pas la hâter. Bref, deux mois et demi après l'entrée du malade à l'hôpital, il restait encore sur chaque jambe trois ou quatre ulcérations profondes ayant deux centimètres de diamètre dans tous les sens. Vers le milieu du mois d'août (3^e mois des tumeurs) les ulcérations n'étaient pas toutes fermées, mais les tumeurs sur lesquelles elles reposaient s'étaient affaissées. La peau des jambes était moins livide et le tissu cellulaire moins empâté. Santé générale toujours excellente.

Il est rare que les tumeurs gommeuses précoces s'ulcèrent aussi promptement et surtout se montrent aussi réfractaires à la médication spécifique convenablement dosée. Le cas que j'ai publié en 1874 était bien autrement grave et significatif que celui-ci, puisque des gommès se développèrent pendant deux ans sur tous les points du corps sans être influencées en quoi que ce soit par de fortes doses d'iodure de potassium. Ici, du moins, l'affection gommeuse était très circonscrite. Les jambes étaient le seul terrain sur lequel elles parussent avoir quelque aptitude à germer. Et, à ce propos, je ferai une remarque qui m'a été suggérée, maintes fois, par les accidents syphilitiques, quelle que soit leur nature, qui se circonscrivent et se reproduisent sur un même point du corps. Cette espèce d'affinité topographique joue surtout un rôle capital dans la manière d'être de certaines lésions : elle leur imprime une sorte de vie locale qui les soustrait, pour ainsi dire, à la diathèse et aux moyens qu'on emploie pour la combattre. J'ai vu des plaques muqueuses confluentes se reproduire pendant 2 ou 3 ans consécutifs et à de très courts intervalles, soit dans la gorge, soit sur les organes génitaux ou l'anus, sans que la médication interne exerçât sur elles la moindre action préventive ou curative. Souvent aussi elles résistaient au traitement topique qui, pourtant les fait, en général, disparaître avec promptitude.

Quoi qu'il en soit, il faut s'attendre à rencontrer d'étranges contrastes, au point de vue thérapeutique, entre les individus placés à peu près dans les mêmes conditions et victimes de lésions iden-

tiques, à la même phase de la syphilis. Que l'on compare, pour s'en convaincre, le malade actuel avec celui de l'observation 16.

La gêne de la circulation causée par des varices, l'état œdémateux ou les suffusions plastiques diffuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'épaississement scléreux du derme, etc., sont autant de circonstances qui m'ont toujours semblé perpétuer la durée des ulcérations syphilitiques survenues d'emblée ou consécutives au ramollissement des tumeurs gommeuses. Cet état de choses existait sur les deux jambes du malade et c'est pourquoi, sans doute, nous avons eu tant de peine à le guérir.

IV

Heureusement que toutes les gommès des extrémités inférieures ne présentent pas le même degré de résistance à l'action des remèdes, en voici un exemple :

Obs. 20. Chancre infectant, ulcéreux et cicatriciel. Première poussée superficielle. Deuxième poussée, au 1^{er} mois du chancre, composée de syphilides papuleuses érosives, de pustules d'ecthyma et de tumeurs gommeuses sur les extrémités inférieures. — Guérison rapide de tous les accidents.

M. B.... Auguste, 29 ans, scieur, entré le 27 juin 1876, salle 8, n° 30, blond, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, eut, vers le milieu de janvier 1876, un chancre ulcéreux pénéo-scrotal qui laissa une cicatrice. Roséole, plaques muqueuses pour lesquelles il fut traité pendant deux mois et demi dans mon service.

Au commencement de juin, douleurs dans les deux membres inférieurs, puis tumeurs grosses comme des noisettes sur les jambes ; elles ne tardèrent pas à s'ulcérer après s'être ramollies.

Lorsque le malade entra dans mon service (5^e mois du chancre), il avait : 1^o des papules d'origine récente disséminées sur la figure ; 2^o des papules larges et exulcérées sur les bras ; 3^o quelques vestiges de papules plates sur le tronc ; 4^o des pustules crutacées et des tumeurs gommeuses sur les extrémités inférieures.

Ces deux dernières lésions seules vont nous occuper. Parmi les pustules, quelques-unes étaient larges comme une pièce de deux francs. D'autres, plus petites se montraient en grand nombre sur les jambes où elles étaient confluentes. Il y en avait beaucoup moins sur les cuisses. Quand elles eurent été débarrassées de leurs croûtes avec des cataplasmes et pansées avec de l'emplâtre de Vigo, elles se modifièrent très rapidement et entrèrent en voie de cicatrisation. Le traitement interne composé de biiodure ioduré fut poussé avec vigueur et bien toléré.

Les tumeurs gommeuses sous-cutanées existaient au nombre de cinq sur

le mollet gauche. Elles étaient grosses comme de petites cerises et n'adhéraient pas à la peau. Sous l'action du traitement les moins volumineuses disparurent très vite.

Le 30 juillet, il en restait encore deux qui avaient diminué de volume. Maintenant elles adhéraient à la peau qui présentait à leur niveau une couleur d'un rouge foncé. Elles étaient très dures et ne semblaient pas tendre au ramollissement ulcératif. En effet, elles se résorbèrent sans laisser aucune trace et au bout de 5 ou 6 semaines le malade sortit de ma salle complètement guéri de ces manifestations variées, papuleuses, ethymateuses et gommeuses, survenues simultanément quatre mois juste après l'apparition de la néoplasie primitive.

Cette observation peut se passer de commentaires. Je me bornerai à faire remarquer le caractère ulcéreux et cicatriciel de l'accident primitif qui pouvait faire présager des accidents consécutifs immédiatement sévères. Pourtant la première poussée fut très bénigne. Mais il n'en fut pas ainsi de la seconde, puisque les papules s'érodèrent toutes et que les extrémités inférieures se couvrirent de pustules crutacées. Ces dernières dont je ne vis pas les premières phases, succédèrent, je crois, à des gommées. Elles n'entamèrent pas la peau d'emblée et sans lésion préalable, comme la chose a lieu dans le véritable ethyma. Quant aux tumeurs gommeuses, elles se confinèrent comme les pustules sur les extrémités inférieures. On peut dire qu'elles furent très bénignes puisqu'elles ne manifestèrent aucune tendance ulcéreuse et qu'elles disparurent relativement très vite sous l'influence des spécifiques. Il en fut de même, du reste, des autres manifestations. Aussi une pareille facilité à guérir doit-elle entrer en ligne de compte dans le pronostic. Mais comment deviner de pareilles dispositions chez les malades? Aucun signe ne les révèle. Rien ne nous dit que tel sujet soit doué d'une précieuse aptitude à se laisser influencer vite et favorablement par les spécifiques, tandis que l'autre restera plus ou moins réfractaire à leur action curative. Au surplus le résultat ne se fait pas longtemps attendre et en général, au bout d'un ou deux septénaires, on sait à quoi s'en tenir sur les bénéfices que les malades doivent retirer du traitement.

Dans le cas suivant, par lequel je terminerai ce long exposé clinique, la syphilis fut grave et les tumeurs gommeuses se ramol-

lirent et s'ulcérèrent rapidement. Mais je ne pus pas suivre le processus, à partir du moment où les affections étant devenues tertiaires, il y aurait eu le plus d'intérêt à le faire.

Obs. 24. Chancre infectant ulcéreux, d'une très longue ou d'une très courte incubation, suivi de poussées progressivement plus graves. A la 3^e, survenue vers le 14^e mois de la syphilis, gomme des jambes et tubercule du voile du palais.

C'est au mois d'août 1875, que M. B..., âgé de 30 ans, scieur, avait vu débiter dans l'angle péno-scrotal un chancre infectant très large et ulcéreux qui fut suivi d'une cicatrice persistante. Ce chancre s'était développé dix jours après le dernier coit et soixante-dix jours après l'avant-dernier.

La première poussée consista en une éruption érythémateuse confluent, et en plaques muqueuses. Elle fut traitée et guérie dans mon service. La seconde eut lieu en mars 1876 (7^e mois du chancre), et fut caractérisée par une éruption confluent d'ecthyma sur les extrémités inférieures. Enfin la 3^e se produisit vers la fin de l'année 1876 (au 14^e ou 15^e mois de la syphilis); elle débuta sur la jambe droite, où elle resta localisée, par deux tumeurs sous-cutanées dures comme du fer, dit le malade, qui adhèrent à la peau, se ramollirent et devinrent de profondes ulcérations. Peu de temps après, pustule d'ecthyma sur le bras et pharyngopathie. Quand je revis ce malade que j'avais soigné dans mon service à 3 à 4 reprises différentes, depuis le début du chancre, je constatai chez lui l'existence de lésions sus-indiquées et de plus une ulcération profonde du voile du palais située au-dessus de la base de la luette qui était sur le point de perforer l'organe. J'instituai un traitement mixte énergique, mais le malade sortit au bout de 2 ou 3 jours et ne rentra pas.

Ici encore nous avons un chancre ulcéreux suivi d'accidents de plus en plus profonds qui aboutissaient en une année à des lésions ecthymateuses, gommeuses et tuberculeuses. L'ulcération du voile résultait, à n'en pas douter, de la fonte d'un tubercule de même nature que les ulcérations gommeuses de la jambe droite et elle avait suivi le même processus.

L'incubation de l'accident primitif a-t-il été de 10 jours ou de 70 jours. C'est entre ces deux incubations extrêmes comme brièveté et comme longueur qu'on doit se prononcer et la chose n'est pas facile. Tout ce que je puis dire c'est que j'ai vu beaucoup plus souvent des incubations de 50, 60 jours que des incubations de 10 jours. Je regarde ces dernières comme excessivement rares si tant est qu'elles existent pour les néoplasies primitives pures de toutes lésions chancreuses.

Je pourrais rapporter encore quelques observations analogues aux précédentes, mais, comme elles n'offriraient rien de nouveau, je m'arrête. Il ne me reste plus qu'à donner une description générale des gommés précoces du tissu cellulaire sous-cutané.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS.

I

MYOMES A FIBRES LISSES, MULTIPLES, CONFLUENTS ET ISOLÉS DE LA PEAU (1).

Observation recueillie par les D^r **Arnozan** et **Vaillard**.
Service de M. le professeur **Mabit**, suppléé par M. le D^r **SOLLES**.

N... (Marie), âgée de cinquante-deux ans, cultivatrice à Saint-Neds (Gironde), entre à l'hôpital Saint-André en août 1880, dans le service de M. le professeur agrégé Solles, suppléant de M. le professeur Mabit. Cette femme, d'une constitution robuste, d'une bonne santé habituelle, ne présente aucune tare héréditaire; son père et sa mère sont morts de vieillesse. Dans ses antécédents personnels on ne relève aucune maladie antérieure, ni rhumatisme, ni syphilis. La menstruation, toujours régulière, a cessé depuis quatre ans. Elle est mariée et mère de trois enfants bien portants.

L'affection dont est atteinte cette malade a débuté il y a quinze ans par un petit bouton rouge situé sur le bord radial de l'avant-bras droit, à la réunion des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur; de petites tumeurs semblables se développèrent à bref délai sur la face postérieure du membre. Ces boutons isolés étaient absolument indolores à leur origine; mais, après deux ou trois ans, ils devinrent le siège de sensations douloureuses consistant en picotements très pénibles qui survenaient surtout lorsque le membre était exposé au froid; aussi la malade souffrait-elle beaucoup plus pendant l'hiver que pendant l'été.

L'extension des lésions primitives a toujours été progressive, mais en affectant une évolution lente sur laquelle il est difficile d'obtenir des renseignements précis. Cinq ans après l'apparition du premier bouton, l'avant-bras presque en entier et une partie du bras étaient envahis par de petites tumeurs saillantes, isolées ou confluentes, rouges, dures, déterminant parfois à leur niveau des douleurs spontanées à forme névralgique, d'une intensité extrême. Trois ans plus tard, l'éruption s'était étendue au thorax, au cou; mais en ces points elle ne présentait point les mêmes phénomènes douloureux que sur le membre supérieur; seul le froid très vif y déterminait

(1) Travail communiqué à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, dans la séance du 7 décembre 1880.

des sensations pénibles. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis sept ans, la topographie de la lésion ne paraît pas s'être sensiblement modifiée, tandis que, au contraire, les phénomènes douloureux qu'elle provoquait ont pris une intensité graduellement croissante. Nous décrirons d'abord la topographie générale de l'éruption, puis la physionomie propre à ses éléments constitutifs.

Topographie générale de la lésion. — Sur l'avant-bras droit existe un large placard occupant le tiers moyen de la face dorsale, le bord cubital dans toute sa longueur et se terminant après avoir contourné la face postérieure sur la partie cubitale de la face antérieure. Les éléments éruptifs, absolument confluents sur le bord radial, se disséminent et s'isolent de plus en plus en se rapprochant du bord cubital ; aussi les limites sont-elles indistinctes en ce point. Second placard sur la face antéro-externe du bras et s'étendant jusqu'au moignon de l'épaule. Dans l'intervalle des deux plaques existent des éléments isolés. La main tout entière, les plis articulaires du poignet et du coude, le sommet du coude, l'aisselle, sont absolument intacts.

Quelques éléments isolés sont disséminés dans les fosses sus et sous-épineuses. Un placard à éléments peu confluents occupe la région sous-claviculaire du grand pectoral.

Les deux seins présentent des éléments éruptifs isolés dont quelques-uns occupent l'espace inter-mammaire.

Sur la moitié droite du cou, on découvre un petit placard qui confine à la ligne médiane et dont l'aspect diffère de celui des précédents.

A gauche, il n'existe que quelques éléments isolés sur le moignon de l'épaule et un groupe peu étendu d'éléments cohérents dans les fosses sus et sous-épineuses.

Le dos, l'abdomen et les membres inférieurs sont absolument intacts.

En résumé, l'éruption est presque exclusivement développée du côté droit, et c'est au niveau de l'avant-bras, puis du bras, qu'elle atteint sa plus grande densité.

Pigmentation très marquée de la peau des avant-bras, des mains et de la région supérieure du thorax ; cette pigmentation, qui paraît se rattacher à l'action du soleil sur les parties découvertes du corps, n'affecte aucune relation avec la topographie de la lésion.

Description des éléments constitutifs de la lésion. — Les éléments les plus jeunes, ceux de la région sous-claviculaire droite, se présentent sous forme de petites éminences papuleuses, en général du volume d'une petite lentille, de couleur rosée, s'effaçant sous le doigt ; la saillie elle-même ne disparaît pas par la pression. Ces éminences, qui paraissent incluses dans le derme, sont recouvertes d'un épiderme corné normal ; sur quelques-unes d'entre elles, on découvre à l'œil nu de petits points blancs de la dimension d'une fine tête d'épingle et ressemblant à des grains de semoule, ou plutôt aux grains de *milium* du lupus. Les poils follets poussent sur ces élevures et dans leurs intervalles, sans offrir d'altérations manifestes à la simple vue.

En vieillissant les éléments subissent des modifications graduelles ; ils s'élèvent, deviennent plus saillants au-dessus de la peau, plus gros, leur base est mieux circonscrite ; leur surface, d'un rouge plus foncé, présente à un moindre degré les grains blancs signalés plus haut.

Le placard de l'avant-bras le plus ancien en date est constitué par une série de petits tubercules, durs, résistant au doigt et variant du volume d'un

ET

(Gi-
M. le
nme,
eune
s ses
uma-
quatrepar
réu-
eurs
mbre.
après
nsis-
mbre
dantaffec-
igne-
bras
tites
par-
alen-
t, au
doui-
inait

aux,

pois à celui d'une lentille; toutefois, quatre d'entre eux se font remarquer par leur saillie, leur dimension plus grandes et leur sphéricité presque parfaite. Dans l'ensemble, les uns, peu proéminents, revêtent l'apparence d'une papule; les autres, et ce sont les plus nombreux, ont une forme oblongue, en général allongée transversalement, et se disposent en série linéaire à la suite les uns des autres. En vertu de cette disposition, le placard se compose d'une série de reliefs et de dépressions, et, dans ces dernières, on retrouve les plis normaux de l'épiderme effacés en général sur les tumeurs les plus saillantes. Dans certains sillons, ces plis sont exagérés et arrivent à constituer de véritables crevasses, sans exsudation.

Ces saillies tuberculeuses présentent une couleur rouge foncé qui disparaît presque entièrement par la pression.

Les poils végètent d'une façon régulière au niveau du placard, et, si on les compare à ceux de la région symétrique, on ne découvre aucune différence, ni de nombre, ni de volume. Cependant, ils font défaut sur le sommet des plus gros tubercules.

On ne peut guère se rendre compte de l'état de la sécrétion sudorale; mais la malade affirme qu'au moment des crises douloureuses elle sue au niveau de ce placard et surtout de la main.

Le placard de la région sous-hyoïdienne droite est un peu plus grand qu'une pièce de cinq francs en argent, rouge, d'aspect granité, très peu saillant, et semble constitué par de simples élevures disposées en série dans le sens des plis de la peau. C'est seulement vers la ligne médiane que l'on trouve trois petits tubercules plus élevés et dont la physionomie et la consistance rappellent ceux des autres régions.

Le placard sous-claviculaire se compose de tubercules isolés, séparés par des intervalles de peau saine.

En aucun point de ces lésions cutanées il n'existe de desquamation, si ce n'est au niveau du placard antibrachial, qui est si douloureusement impressionné par le contact de l'eau, que la malade a renoncé à le laver depuis plusieurs années.

La peau est le siège d'un épaissement très marqué dans les régions malades; sur la main droite elle est fine, lisse, toujours humide et froide. (peau de reptile.)

Phénomène douloureux. — Les diverses tumeurs que nous venons de décrire sont le siège de phénomènes douloureux très accusés, qui manifestent d'habitude leur plus grande intensité dans la région de l'avant-bras. Ces troubles sensitifs sont de deux ordres : crises névralgiques spontanées, douleurs provoquées.

La pression, les chocs, le grattage, les frottements les plus légers, comme ceux que déterminent les vêtements, deviennent l'occasion de sensations très douloureuses qui, d'abord limitées au point touché, s'irradient parfois à tout le membre supérieur. Le froid, la chaleur, déterminent de vrais accès de douleurs; aussi la malade ne pouvait-elle depuis plusieurs années travailler aux champs pendant l'hiver ou sous le soleil, l'été. Faire la cuisine était pour elle un supplice. La simple impression de l'air, quelle que soit la température, est vivement sentie; aussi les régions malades atteintes sont-elles soigneusement enveloppées; pendant notre examen, qui nécessite la mise à découvert des membres supérieurs et du tronc, la malade se plaint amèrement et pleure même, en raison des souffrances qu'elle éprouve (13 août,

température 24 degrés dans la salle). De toutes les excitations cutanées, celles qui sont dues au froid déterminent les douleurs les plus intenses. L'application d'un fragment de glace sur une des tumeurs de l'avant-bras provoque, après quelques secondes, une douleur brusque, atteignant d'emblée sa plus grande violence, localisée exactement au point touché; la souffrance y est telle que la malade pousse des cris. La crise dure en l'état pendant cinq ou six minutes, puis s'atténue graduellement et disparaît. Le contact d'un corps chaud donne lieu à des phénomènes identiques. Au moment du moulage de l'avant-bras, l'application du plâtre chaud fut le point de départ d'une crise très prolongée et d'une violence extraordinaire.

Outre ces douleurs provoquées, la malade éprouve, à certaines périodes, des crises névralgiques absolument spontanées, survenant aussi bien la nuit que le jour, et débutant toujours par un des tubercules de l'avant-bras. La douleur, d'abord limitée, s'étend ensuite à tout le placard, s'irradie dans tous les sens, mais particulièrement vers l'extrémité des doigts, et souvent même gagne le cou. Tantôt elle revêt la forme de piqûres profondes, tantôt il semble à la malade que son bras est plongé dans de l'eau bouillante, d'autres fois, enfin, elle éprouve une sensation d'arrachement. Ces accès se reproduisent presque tous les jours, parfois même se répètent dans la même journée, avec une durée qui varie de quelques instants à plusieurs heures. La situation est si pénible que la malade ne peut s'empêcher de pousser des cris.

Au moment d'une crise relativement légère déterminée par l'impression de l'air, la malade attire notre attention sur la particularité suivante : les petites tumeurs, siège de la douleur, sont absolument pâles, décolorées; elle annonce aussi qu'après quelques minutes chacune de ces saillies va reprendre sa couleur rouge foncée habituelle, et qu'alors les douleurs prendront fin. Le fait se réalise de point en point. Ce phénomène est habituel, au dire de la malade; il nous a d'ailleurs été loisible de le provoquer maintes fois sous les yeux des médecins qui venaient examiner cette lésion peu commune de la peau. Si on piquait avec la pointe d'une épingle une des tumeurs de la peau, on voyait, après quelques secondes, sa coloration rouge devenir de plus en plus pâle, puis disparaître entièrement; la saillie devenait exsangue; à ce moment précis éclatait la douleur, et pendant toute sa durée la tumeur conservait le même aspect. Au bout de trois, quatre, cinq minutes, la rougeur revenait lentement par une gradation insensible, et la douleur suivait une décroissance parallèle. Ce phénomène s'est reproduit avec des allures identiques, chaque fois que nous l'avons provoqué; aussi doit-il être considéré comme constant.

Tous les placards décrits ne sont pas le siège de troubles sensitifs aussi accentués; ainsi, les plaques du cou et de la région sous-claviculaire droite ne présentent jamais de douleurs spontanées; le frottement et la pression ne provoquent pas d'hyperesthésie. Mais le froid y est vivement senti, et, lorsqu'on vient à serrer une des petites tumeurs entre deux doigts, la malade pousse un cri.

La sensibilité tactile est partout conservée et normale.

Le membre supérieur droit n'est pas atrophié, la mobilité y est parfaite; les mouvements de ces divers segments sont libres et coordonnés; mais sa force, explorée au dynamomètre, donne des résultats négatifs : 0 pour le bras.

droit et 21 pour le gauche. On ne peut expliquer ce fait que par la crainte qu'éprouve la malade de réveiller ses douleurs.

État général. Organes divers. — L'état général de la malade est toujours resté très bon, et, n'étaient ses douleurs, elle jouirait d'une santé parfaite. Les fonctions digestives s'exécutent régulièrement; le foie et la rate sont normaux, les organes de la respiration intacts. Le cœur et la circulation ne présentent rien à signaler. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. L'examen de l'utérus ne dénote rien de particulier. Pas d'engorgements ganglionnaires dans les régions correspondantes aux lésions cutanées et dans les autres parties du corps. Pas d'œdème des membres. Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, il nous a été donné d'observer de nombreuses crises douloureuses spontanées ou provoquées par l'exposition à l'air, les attouchements, le froid. Les divers narcotiques employés ont été impuissants à modérer cette tendance exagérée à l'hyperesthésie: l'opium, la morphine, la belladone à l'intérieur et en applications externes, n'ont pu atténuer les accès spontanés; la malade accusait même des douleurs plus intenses et plus prolongées à la suite des injections sous-cutanées de morphine. Le chloral, mal toléré, a produit des résultats insuffisants; aussi la malade, ne trouvant aucun soulagement à ses souffrances, quitta l'hôpital après un court séjour et au moment où nous nous propositions d'étudier l'action de l'électricité et de l'ergotine sur ces petites tumeurs dont l'histologie avait montré la nature musculaire.

Une tumeur du volume d'un pois, située sur la limite radiale du placard de l'avant-bras, a été enlevée à l'aide de l'anesthésie locale; la vaporisation de l'éther a déterminé des douleurs d'une extrême intensité, et la plaie produite par cette ablation n'était pas encore cicatrisée à la sortie de la malade.

La tumeur enlevée a été durcie par un séjour de vingt-quatre heures dans l'alcool absolu, et les coupes ont été colorées par le picro-carmin et la purpurine; d'autres ont été traitées par l'acide osmique, dont l'action se produit encore après l'alcool absolu; d'autres enfin ont été dissociées.

Examen histologique. — Objectif 0 de Verick. — Le tissu qui constitue la tumeur est situé dans l'épaisseur du derme, un peu au-dessous des cellules profondes de l'épiderme, et se termine nettement à sa partie inférieure dans le tissu conjonctif profond de la peau.

Il présente deux éléments bien distincts par leur coloration de leur disposition:

1° Un assemblage d'ilots irréguliers et de bandes plus ou moins longues et larges, intriquées sans orientation déterminable, le tout d'une coloration rouge foncé qui tranche sur celle des faisceaux conjonctifs rendus transparents par la glycérine;

2° Du tissu conjonctif qui, d'une part, circonscrit la tumeur, et, d'autre part, la pénètre, la divise et donne lieu à la formation des mailles dans lesquelles sont inclus les ilots et les bandes rouges. Une de ces trainées conjonctives, plus épaisse que les autres, parcourt la tumeur dans toute sa hauteur, la partageant ainsi en deux segments d'inégale importance. Dans le plus volumineux, le tissu conjonctif se dessine par de fins tractus; les ilots et les bandes rouges sont, au contraire, épais et serrés; dans le petit segment le tissu conjonctif est prédominant et l'élément propre de la tumeur moins épais et plus dispersé.

De ces deux parties constitutives, le tissu conjonctif est le moins abondant. Ce dernier présente, en certains points, des amas de cellules arrondies, vivement colorées par le carmin.

Il existe, en outre, des conduits de glandes sudoripares et des follicules pileux avec leurs glandes sébacées; sur une des coupes, le poil est profondément implanté au centre même de la tumeur, dévié de sa direction ordinaire et contourné plusieurs fois sur lui-même.

Avec l'objectif 7 de Verick. — Les bandes rouges apparaissent formées par la juxtaposition de longues cellules fusiformes, pourvues d'un noyau ovoïde, allongé, qui devient très apparent sur les pièces conservées dans la glycérine formiquée; il s'agit, en réalité, de *fibres lisses disposées en faisceaux et vues suivant leur longueur*. Les ilots irréguliers correspondent à la coupe transversale de faisceaux musculaires; chacun d'eux est constitué par un nombre plus ou moins grand de sections de fibres lisses (noyau central très coloré dans une zone de protoplasma granuleux).

La dissociation d'un petit fragment de la tumeur confirme la nature musculaire de ces éléments en montrant des fibres lisses nettement isolées.

Une autre démonstration est fournie par l'emploi de la purpurine, qui colore exclusivement les fibres lisses et les noyaux cellulaires: sur les pièces traitées par la purpurine, les bandes et les ilots signalés plus haut sont seuls colorés.

La tumeur est donc en réalité composée de fibres lisses réunies en faisceaux qui s'entrecroisent dans les directions les plus différentes.

Dans le tissu conjonctif qui sépare les faisceaux musculaires existent de nombreuses fibres élastiques dirigées dans tous les sens; on rencontre leurs sections transversales jusque dans les ilots de fibres lisses.

Les vaisseaux sont relativement rares dans l'intérieur de la tumeur; on n'y trouve guère que des artérioles de petit calibre, entourées d'une atmosphère conjonctive et jamais au contact immédiat des fibres lisses. Vers la base d'implantation on compte deux ou trois artères de volume important.

A l'effet de rechercher l'existence des nerfs à myéline, des coupes ont été traitées par l'acide osmique; mais nous n'avons pu rencontrer qu'un ou deux filets nerveux très minces. Un certain nombre de coupes n'en contenait même pas.

Les follicules pileux et les fragments de glandes sudoripares présentent leur structure normale; il n'existe pas une abondance plus marquée de fibres lisses autour de ces organes.

Les diverses couches de l'épiderme ne montrent aucune altération au niveau de la tumeur.

M. le Dr Solles a joint à l'observation deux planches coloriées, copiées d'après nature.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DU PEMPHIGUS AIGU

par **PAUL SPILLMANN**, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, médecin de la Maison de secours.

Il a paru, dans ces derniers temps, des travaux nombreux et fort intéressants sur le pemphigus aigu. L'attention étant portée sur ce point, j'ai cru bien faire en publiant l'observation suivante :

OBSERVATION. — M.... (Marie), 36 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Pas de maladies antérieures, pas d'affection cutanée. Cette femme a eu douze accouchements normaux, dont le dernier remonte à 5 mois. Sept de ses enfants vivent et sont bien portants; elle allaite le dernier. Elle habite avec sa famille une rue malsaine, dans un logement étroit. Son mari, simple journalier, a une conduite très irrégulière, ce qui n'est pas fait pour assurer l'aisance du ménage. Malgré cela, cette femme paraît forte; elle est grande, brune, assez grosse. Elle avoue quelques habitudes alcooliques.

Cette femme est prise dans la journée du 25 mai de frissons, d'un malaise général et d'une céphalalgie intense. Dans le courant de la nuit, les frissons s'arrêtent et la malade éprouve alors dans tout le corps une sensation de brûlure intense avec gonflement douloureux des membres.

Au bout de vingt-quatre heures, elle voit apparaître sur les bras, sur la poitrine, puis sur les membres inférieurs, des taches rosées, puis une série de bulles blanches, de dimension variable.

Le malaise éprouvé par cette femme est tel, qu'elle se voit obligée de cesser l'allaitement de son enfant dès le 26. La fièvre est très vive: la malade est agitée la nuit: soif, inappétence. Dans la nuit du 28 au 29, vomissements sanguinolents. Ces vomissements se répètent à plusieurs reprises jusqu'au 2 juin, époque à laquelle la malade entre à l'hôpital.

ÉTAT ACTUEL. — On constate sur toute la surface du corps la présence de larges plaques rouges, circulaires, dont le centre est occupé par des bulles de dimension variable, formées par l'épiderme soulevé, et remplies par un liquide opalescent. Ça et là, on observe des bulles isolées, blanches, du volume d'une noix ou d'une fève, qui ne reposent pas sur des plaques rouges. Dans beaucoup de points, sur les avant-bras, au devant de la poitrine, sur les cuisses, l'éruption est confluite et se présente sous forme de vastes ampoules, entourées d'un cercle vineux, et ressemblant en tous points

aux phlyctènes produites par une brûlure ou l'application d'un vésicatoire.

Aux aisselles, aux aines, ces bulles ont été rompues; on aperçoit des lambeaux épidermiques qui reposent sur le derme dénudé, qui offre une teinte d'un rouge sombre.

La face dorsale des mains et des pieds, ainsi que la paume des mains et la plante des pieds sont couvertes de bulles; elles sont presque confluentes à la plante des pieds. La peau des pieds et des mains, située entre les bulles, présente une teinte rouge foncé.

L'éruption a également envahi tous les orifices où la peau se continue avec les muqueuses. Le pourtour de la bouche, les lèvres, la face dorsale de la langue, le frein, le palais et son voile, sont couverts de bulles assez petites; il existe, en outre, des ulcérations multiples de la bouche, qui semblent avoir été le siège de bulles rompues.

La muqueuse nasale est également tapissée de petites bulles, dont beaucoup se sont rompues; il s'est formé ainsi des croûtes noirâtres, peu épaisses, faciles à détacher.

Les conjonctives elles-mêmes sont enflammées, ce qui donne lieu à un écoulement continu de larmes.

Les organes génitaux sont également atteints; la grande lèvre droite est couverte d'une énorme bulle; il en existe un grand nombre, de volume moindre, sur les petites lèvres et à l'entrée du vagin.

Le corps de la malade exhale une odeur fade et nauséabonde. Elle est dans un grand état de prostration; inappétence; soif vive; déglutition extrêmement pénible et douloureuse; le ventre est météorisé, mais indolore. Respiration pénible, stertoreuse. Quelques râles sous-muqueux aux bases. Bruits du cœur normaux. La malade se plaint d'une céphalalgie intense. Délire: la malade a des hallucinations. Tremblement des bras, des mains et des lèvres.

Dans les urines beaucoup d'urates; ni albumine, ni sucre.

T. m. 39°,4. P. 120. R. 30.

T. s. 40°. P. 140. R. 38.

On prescrit des toniques; une potion à l'extrait de quinquina et au rhum et du sulfate de quinine.

3 juin. — T. m. 39°,8. P. 128. R. 34.

T. s. 40°,1. P. 140. R. 40.

Même état.

4 juin. — T. m. 40°. P. 130. R. 44.

T. s. 40°,4. P. 148. R. 48.

5 juin. — T. m. 40°,8. P. 136. R. 60.

La malade est restée plongée dans un état comateux depuis trente-six heures. Elle succombe dans la journée.

Le liquide contenu dans les bulles fut examiné au microscope. L'analyse chimique ne fut malheureusement pas pratiquée. Ce liquide offrait une réaction alcaline et avait une coloration analogue à celle du sérum sanguin. Il renfermait quelques globules sanguins, mais surtout des globules de pus plus ou moins gonflés par le liquide abondant dans lequel ils étaient noyés. On y rencontrait, en outre, une foule de bâtonnets très courts, ressemblant à ceux qu'on observe dans la fièvre puerpérale, mais moins allongés; ces bâtonnets oscillaient quand ils étaient isolés; ils étaient immobiles quand ils étaient en chaînette.

AUTOPSIE. — Le sujet, examiné 36 heures après la mort, est déjà dans un état de décomposition avancée, bien que la température soit peu élevée.

La surface du corps offre de vastes taches rouges privées d'épiderme, disséminées un peu partout, très nombreuses au tronc et aux membres inférieurs ; il existe, en outre, de nombreuses bulles remplies par un liquide séro-purulent rougeâtre.

Les plèvres, le péricarde et le péritoine contiennent quelques cuillerées de sérosité colorée par du sang.

Les poumons sont congestionnés dans toute leur hauteur, surtout aux bases. Excoriations dans l'arrière-gorge et dans le pharynx.

Le cœur est mou, jaunâtre, friable ; sa surface intérieure est imbibée par la matière colorante du sang. Le sang est poisseux ; il n'existe aucun caillot dans les cavités du cœur, ni dans les gros vaisseaux.

Intestin distendu par des gaz ; muqueuse stomachale fortement congestionnée.

Anémie et surcharge graisseuse du foie. Rate volumineuse, assez friable. Reins mous, jaunâtres, gras.

EXAMEN DU SANG. — Les globules sanguins sont en grande partie détruits, et ceux qui restent sont considérablement déformés. Le sérum contient de nombreux éléments étrangers à sa constitution habituelle, savoir : des bâtonnets en nombre considérable, courts et semblables à ceux de la sérosité des bulles ; enfin, des gouttelettes de graisse en abondance.

RÉFLEXIONS. — Cette observation offre un certain intérêt au point de vue de la pathogénie du pemphigus aigu. En effet, Frank croyait à une affection d'origine hépatique. Pour Fuchs, et d'autres observateurs, l'origine du pemphigus se trouve dans un défaut de sécrétion de l'urine. D'autres, Frank, Hasse, Canstatt, le font dépendre d'anomalie de l'uropoïèse. Bamberger l'attribue à un excès d'ammoniaque dans le sang ; enfin Tortora et le professeur Cantani se rattachent à l'idée d'une fièvre d'infection. J'avoue que telle a été ma pensée quand je me suis trouvé en présence de la malade dont je viens de rapporter l'histoire. Le début brusque, le frisson initial suivi de malaise, la marche de la température, l'examen du liquide contenu dans les bulles, la stéatose rapide des parenchymes, l'état du sang, tout semble plaider en faveur d'une infection.

J'avais eu l'intention d'injecter à des animaux un peu du liquide contenu dans les bulles. Cette expérience ne put malheureusement être faite.

Il y aurait évidemment lieu d'examiner attentivement le sang et la sérosité des malades atteints de pemphigus aigu, pour y rechercher l'existence de germes parasitaires dont j'ai reconnu la présence, sans leur attribuer, néanmoins, l'origine de la maladie.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA DESTRUCTION DU CHANCRE COMME MOYEN ABORTIF DE LA SYPHILIS

par **HENRI LELOIR**, interne des hôpitaux.

TRAVAUX CONSULTÉS.

Cazenave, *Traité des syphilides*, 1843. — Vidal, *Traité des maladies vénériennes*, 1855. — Clerc, *Moniteur des hôpitaux*, 1854. — Rollet, *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*, 1869. — Rollet, *Article chancre du dictionnaire de Dechambre*. — Follin et Duplay, *Traité de pathologie externe*. — Cusco, *Leçons cliniques sur la syphilis*, *Gazette des hôpitaux*, 1862. — Diday, *Histoire naturelle de la syphilis*, Paris, 1863. — Id., *Gazette médicale de Lyon*, 1858. — Id., *Gazette médicale de Paris*, 1860. — H. Lee, *De l'inoculation syphilitique*, trad. par Baudot, Paris, 1863. — Boerensprung, *Charité Annalen*, Berlin, 1860. — Lindwurm, *Wurzburg. med. Zeitschr.*, 1863. — Billroth, *Die allgemeine chirurgische Pathologie und therapie*. — Zeissl, *Compendium der path. und therapie der primar syphil.*, etc., Vienne, 1850. — Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, 1852. — A. Guérin, *Du chancre induré*, *Gazette des hôpitaux*, 1861. — Davasse, *La syphilis, ses formes, son unité*, 1865. — Aimé Martin et Belhomme, *Traité des maladies vénériennes*. — Bazin, *Leçons sur la syphilis*, 1866. — Lee, *On syphilitic inoculation*, *British and foreign medico-chirurgical Review*, 1859. — Wallace, *A Treatise of venereal disease*, Londres, 1838. — Zeissl, *Lehrbuch der constitutionellen syphilis*, Erlangen, 1862. — Jullien, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1879. — Conheim, *Die tuberculose vom stand puncte der infections lehre*, Leipsick, 1880. — Cornil, *Leçons sur la syphilis*, Paris, 1879. — Auspitz et Unna, *Zur Pathologie der Syphilitischen Initialsclerose*, *Vierteljahreschrift für dermatologie und syphilis*, 1877. — Van Swieten, *Commentaria in Boërhamii Aphorismos*, 1772. — Klebs, *Archiv. für experiment. Path.*, tome X. — Oertel, *Handbuch der speciel-len Pathologie und Therapie de Ziemssen*, 1877. — Cullerier et Ratier, *article Syphilis du dict. de médecine et de chirurgie pratiques*. — Mosny, *Thèse de Paris*, 1848. — Unna, *Archiv. für dermat. und syphilis*, 1879. — Fournier,

Etudes sur la contagion du chancre, 1857. — Id., *Leçons sur la syphilis faites à Lourcine*, 1873. — Biedenkap, *Aperçus des différentes méthodes employées à l'hôpital de Christiania contre la syphilis*, 1863. — Boeck, *Recherches sur la syphilis*, Christiania, 1862. — Fournier, *Collection choisie des anciens siphiliographes*. — Jean de Vigo, *Aphorismes*, 1508. — Blegny, *L'art de guérir les maladies vénériennes*, Paris, 1673. — Benjamin Bell, *Traité des maladies vénériennes*. Traduction française, 1802. — Hunter, *Traité des maladies vénériennes*. Traduction française, 1839. — Lagneau, *Traité pratique des maladies syphilitiques*, 1828. — Swediaur, *Traité complet sur les symptômes, etc., des maladies syphilitiques*, Paris, 1817. — Desruelles, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1836. — Richard des Brus, *De la non existence du virus vénérien, prouvée par le raisonnement, l'observation et l'expérience*, 1826. — Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 1857. — Jourdan, *Traité complet des maladies vénériennes*, 1826. — Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 1856. — Id., *Leçons sur le chancre*, 1867. — Sigmund, *Wiener med. Wochenschrift*, 1855, 1867, 1871. — Id., article *syphilis in Pitha et Billroth*. — Id., *Über die Behandlung der ersten, einer syphilis Übertragung, verdächtigen Erscheinungen* *Pester med. chir. Presse*, 1880. — Humphry, *The address in Surgery*. *Medical Times*, 1864. — Veal, *Edinburgh medical journal*, 1864. — Hüter, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1867. — C. Langenbeck, Meyer, Ulrich, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1867. — P. Vogt, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1871. — Neumann, *Allgemeine Wiener med. Zeitung*, 1873. — Id., *Traité des maladies de la peau*, trad. française, 1879. — Neale, *Medical Times*, 1878. — Kuzlinski, *Thèse de Greifswald*, 1874. — Bäumler, *Encyclopédie de Ziemssen*, article *Syphilis*, 1876. — Auspitz, *Über die excision der hunterschen induration*. *Wien. med. Presse* XX. — Th. Kölliker, *Über die excision der syphilitischen Initialceroze*. *Centralblatt für chirurgie*, 1878. — Pospelow, *Über die excision des harten Schankers*. *Moskow med. gaz.*, 1878. — Hüteri, *Zur Geschichte des excision, etc.*, *Centralblatt für chirurgie*, 1879. — Klebs, *Archiv. für experimentelle Pathologie*, tome X. — Rydigier, *Lezioni chirurg.* 1879. *Gazeta lekarska*, N° 45, Varsovie. — Pick, *Archiv. für experimentelle Pathol. und Pharmacie*, Leipsick 1879. — Folinea, *Excision de la sclérose initiale syphilitique*. *Il Morgagni* N° 8. — Folinea, *Traumatisme et syphilis*. *Giornale internazionale del science med.* 1879. — J. Chadzynski, *Annales de Dermatologie et de Syphilis*, N° 2, 1880. — Weissfog, *Archives de Virchow*, 1877. — Niemeyer, *Eléments de pathologie interne*. Trad. française, 1873. — Lancereaux, *Traité de la syphilis*, 1874. — Coulson, *Treatise on syphilis*, Londres, 1869. — Thiry, *Presse médicale belge*, 1870. — Lewin, *Berliner klinische Wochensch.*, 1873. — Caspary, *Zur Anatomie des Ulcus durum et molle*. *Vierteljahresschrift für Dermatologie und syphilis*. — Zarowicz, *Przegląd Lekarski*, 1879, Cracovie. — Krowczynski, *idem*. — Klink, *Bemerkungen zur excision der sogenanter harten Schankergeschwülste*. *Medycyna*, 1879, Varsovie. — Zeissl, *Über die excision der syphil. initialsclerose, etc.* *Wien. med. Presse*. XXI, 1880. — Langlebert, *Traité pratique et théorique des maladies vénériennes*, 1854. — Kauffmann, *Corr. Blat. für Schweiz. Aerzte*, mars 1880. — Dron, *Ann. syphil. et mal cutan.*, 73. 1858. — Janssins, *Union médical*, 1855. — Pick et Schultz, *Über die syphil. Initialsclerose*

Prager, *Med. Wochenschrift*, 1869. — Fournier, *Sur les pseudo-chancres indurés des sujets syphil.* *Archives générales de médecine*, 1868. — *Recherches sur l'incubation de la syphilis*. Paris, 1863. — Zeissl, *Über die exsition der syphilitischen Initialsclerose*. *Wien. med. Presse*, 1880.

Il est admis par la plupart des syphiliographes que, lorsqu'un sujet s'expose à l'infection syphilitique, l'absorption qui a lieu immédiatement au niveau du point contaminé entraîne le virus dans la circulation sanguine et lymphatique de tout le corps; que tout l'organisme est infecté avant l'apparition de l'accident primitif du chancre, lequel, comme on le sait, ne se montre en moyenne que vers le 20^e jour après la contamination (Fournier, Ricord, Rollet, Jullien, etc.). Aussi, pour ces syphiliographes, la syphilis est-elle une maladie générale dès le principe, dont le premier accident, le chancre, ne se montrerait qu'après une incubation de 20 jours environ. « La syphilis, dit Cazenave, est une maladie générale dès son principe qui commence au moment où le contact infectant a lieu, comme dans toutes les maladies virulentes et par conséquent générales... Le symptôme primitif n'est pas le premier mode d'action de la syphilis, mais bien la première expression phénoménique de l'infection, et, alors qu'il se manifeste, la maladie est déjà commencée. »

On devrait donc pour l'École précédente, comme représentants de laquelle nous citerons Cazenave, Vidal, Clerc, Rollet, Follin, Cusco, Diday, H. Lee, Bärensprung, Lindwurm, Lewin, Billroth, Zeissl, Alphonse Guérin, Davaise, Aimé Martin et Belhomme, Bazin, Fournier, Jullien, etc., distinguer avec le Dr Lancereaux, 4 périodes à la syphilis :

1^{re} Période d'incubation. (C'est, dit Lancereaux, l'intervalle de temps qui s'écoule entre l'instant de l'absorption du virus syphilitique et l'apparition de la première manifestation locale). C'est la première incubation des auteurs allemands.

2^{re} Période d'éruption locale ou de l'accident primitif. (Elle accompagne et suit la deuxième incubation de certains auteurs allemands.)

3^{re} Période d'éruption générale ou des accidents secondaires.

4^{re} Période tertiaire.

Ainsi donc, pour une École considérable, que l'on pourrait nommer École de l'infection immédiate (sans aller aussi loin que M. Cusco pour lequel des sujets pourraient devenir syphilitiques sans avoir eu de chancre), l'économie est déjà depuis longtemps infectée lorsque le chancre apparaît. Détruire le chancre est donc complètement inutile.

Les partisans de l'infection immédiate s'appuient, pour défendre leur théorie sur des faits tirés de la clinique, de l'analogie et de l'expérimentation.

L'étude des chancres inoculés (Lindwurm, Anonyme du Palatinat, Lee, etc.) a montré : « que la plaie où a été déposé le produit qui a servi à l'inoculation du virus ne tarde pas à se cicatriser à peu près comme le ferait une plaie simple; la guérison toutefois est loin d'être définitive; bientôt à ce même endroit apparaît une lésion unique. » (Lancereaux.) Cet accident primitif, ce chancre, se montre en moyenne le 20^e jour après la contamination. Il existe donc une période d'incubation de 20 jours environ. C'est en s'appuyant sur cette période, pendant laquelle le virus inoculé ne se manifeste par aucun symptôme local, sur la période d'incubation, en un mot,

que les syphiliographes précités disent qu'il n'est pas possible de considérer le chancre comme une lésion locale n'infectant que plus tard l'économie.

Ce qui prouve encore pour eux que pendant la période d'incubation, avant l'apparition du premier symptôme local, l'économie est déjà totalement infectée, c'est que le chancre infectant ne serait plus inoculable pendant cette période, comme le montrent les deux inoculations stériles faites sur le malade de Belhomme au 7^e et au 9^e jour. Mais à ceci, on peut objecter que le fait ne paraît pas absolu puisque Wallace et Puche ont obtenu chacun un résultat positif, le premier au 8^e, le second au 22^e jour. Aussi nous semble-t-il impossible de rien formuler d'absolu sur ce point. Quant aux phénomènes généraux signalés par Baumès pendant cette première période d'incubation, phénomènes généraux qui seraient un signe de l'infection de l'économie longtemps avant l'apparition du chancre, ils n'ont pas été vus depuis. La première période doit donc, jusqu'ici, être considérée comme passant inaperçue, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

Ce n'est que plus tard, lorsque le chancre est en voie d'évolution, que l'on peut constater des troubles généraux, que l'on peut étudier les altérations du sang décrites en premier lieu par Grassi, puis en 1876 par Vilbouchewitsch.

Si avant la période d'apparition du chancre, on n'est pas fixé sur les résultats de la réinoculation, il ne paraît pas en être de même lorsque le chancre est apparu. Le chancre apparu, disent la plupart des auteurs, le chancre induré apparu, disent eux-mêmes Ricord et Sigmund, l'économie est saturée, infectée; aussi toute inoculation nouvelle du chancre est-elle impossible. Comme dit Jullien: « En dépit des protestations des unicastes, s'il est un fait bien constaté, c'est la non inoculabilité de l'accident primitif. Quelques auteurs, parmi lesquels Auzias-Turenne, Lee, Langlebert, Melchior-Robert, Javasse, sont parvenus, après l'avoir soumis à des excitations variées, à faire sécréter au chancre huntérien un pus irritant, et dont l'inoculation suffisait parfois à faire naître une de ces fausses pustules dont il a été question page 393; mais aucun de ces auteurs n'est arrivé à reproduire le chancre infectant avec ses caractères essentiels. Ce n'est point à dire cependant qu'il n'existe de ce fait aucun exemple dans la science. Sur les centaines de mille auto-inoculations grâce auxquelles depuis 35 ans tant de problèmes ont été élucidés, & seulement ont donné, comme résultat inattendu, la reproduction du chancre auquel avait été emprunté le liquide mis à l'essai. Nous résumons ici ces cas, dont la véritable interprétation nous échappe peut-être comme des exceptions trop peu nombreuses pour atteindre la grande loi de l'irréinoculabilité. Tout au plus nous semble-t-il logique d'en conclure, contrairement à la plupart des auteurs, que le fait de subir une seconde infection syphilitique ne prouve nullement qu'un sujet soit guéri de la première. » D'ailleurs l'expérimentation et la clinique ont montré également la possibilité d'une réinfection pendant la période secondaire et la période tertiaire, ce qui, joint à l'excessive rareté des réinoculations heureuses pendant la période d'évolution du chancre, montre le peu de valeur de l'objection que l'on pourrait faire en s'appuyant sur la réinoculabilité du chancre pendant la période d'évolution.

Les partisans de la non-infection par le chancre s'appuient encore sur l'*analogie*, qui montre que l'absorption et l'infection sont généralement rapides après l'inoculation des virus. Renault d'Alfort inocula en 1848 la morve à 43 chevaux; chez tous, la morve fut cautérisée au fer rouge à des époques de

plus en plus rapprochées du moment de l'inoculation, et variant de 96 heures à 1 heure. Tous cependant moururent de la morve. Vingt-deux moutons inoculés avec le virus de la clavelée, furent cautérisés beaucoup plus tôt, 30, 20, 15, 10 et jusqu'à 5 minutes après l'inoculation; malgré cela tous furent atteints de la clavelée. En 1863, Aimé Martin a cautérisé les piqures de sept enfants qu'il venait de vacciner, 1 heure, 1 heure 1/2, 2 heures, 3 heures, 19 heures et 20 heures après l'inoculation; de cette façon, il empêcha le développement des pustules vaccinales; mais malgré cette absence d'accidents locaux, l'infection générale n'en a pas moins eu lieu, comme Aimé Martin s'en assura au moyen de la revaccination. Chez cinq de ces malades, la revaccination échoua complètement; deux fois seulement celle-ci a produit une pustule; dans ces deux derniers cas, la cautérisation avait été pratiquée 3 et 19 heures après l'inoculation.

A ces faits, il faut joindre d'autres faits de Monneret. Monneret vaccinait une première fois, puis revaccinait au bout de quelques jours. Dans 14 cas, il pratiqua la seconde inoculation deux fois au 8^e jour, une fois au 7^e, une fois au 6^e, deux fois au 5^e, une fois au 4^e, quatre fois au 3^e, une fois au 2^e de la première vaccination. Deux pustules vaccinales seulement se développèrent après la revaccination au 2^e jour.

On voit donc que l'on peut conclure de ces faits que pour les virus précédents, l'infection générale existe bien avant l'apparition de l'éruption locale. L'infection de l'économie ne provient donc pas de la formation d'un foyer local qui peut manquer dans certains cas, et qui n'est dans tous les cas qu'un symptôme ou qu'une manifestation concomitante de la maladie déjà généralisée. Tels sont les raisons et les faits tirés de l'expérimentation, de l'analogie et de la clinique, sur lesquels s'appuient les auteurs qui considèrent le chancre comme un signe d'une infection générale antérieure, pour repousser la destruction de l'accident primitif comme moyen abortif de la syphilis.

Mais à cette théorie, les partisans de la non-infection immédiate opposent des objections et des faits tirés également des expérimentations de l'analogie et de la clinique.

Attaquant la période d'incubation de leurs adversaires, ils essaient de montrer que cette période d'incubation du virus pendant laquelle le poison, répandu dans l'économie tout entière, ne manifesterait sa présence que longtemps après, et cela par un travail local se produisant toujours au niveau du point contaminé, n'existe pas à proprement parler. Ils essaient d'expliquer la période d'incubation en disant que le virus demeure plus ou moins latent, plus ou moins inactif, au niveau du point contaminé, pendant une certaine période (période d'incubation de leurs adversaires) et qu'au bout de cette période de somnolence du virus pendant laquelle il demeure localisé au niveau du point contaminé, celui-ci se réveille pour commencer à manifester sa présence par l'apparition d'un premier accident dépendant de l'irritation des tissus par le virus localisé, le chancre. Le chancre évoluant, constitue un premier foyer virulent, d'où l'infection se propage peu à peu au reste de l'économie. Détruire ce foyer doit donc être la pratique du médecin. En effet, disent-ils, pourquoi le chancre, s'il est, comme le disent nos adversaires, le signe d'une

infection générale, apparaît-il toujours au niveau du point contaminé et non ailleurs; pourquoi ce premier des accidents secondaires (comme l'a dit un grand syphiliographe) se montre-t-il toujours au niveau du point mis en contact avec le virus, et non au niveau d'un autre point du tégument? A cela, on peut leur répondre que le virus introduit dans les tissus, rapidement absorbé, se multiplie dans l'organisme, tout en se multipliant également au niveau du point contaminé; cette période serait la période d'incubation, puis, après un certain temps, le virus multiplié au sein de l'organisme, déterminerait le chancre, de concert avec le processus de germination locale s'accomplissant au niveau du point inoculé. Comme le dit très bien Jullien: « Le chancre ne serait dès lors qu'un symptôme, une lésion à la fois primitive et secondaire, un accident purement contingent; car on pourrait à la rigueur, bien que ce fait n'ait jamais été constaté, supposer le virus directement introduit dans le sang, indépendamment de toute contamination tégumentaire, par conséquent sans lésions locales, et la syphilis n'en existera pas moins. »

A l'expérience de Renault qui a trait à la morve, ils opposent la fameuse expérience de Conheim, lequel introduisit dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin une gouttelette de matière tuberculeuse et étudia au travers de la cornée transparente, jour par jour, ce qui se passa. La partie inoculée demeura absolument sans modifications pendant huit jours, mais vers le 8^e jour, subitement, survint une congestion avec formation nouvelle de tissu analogue au tubercule, dans l'iris et les membranes de l'œil. Plus tard il se produisit des masses tuberculeuses dans les poumons et les autres organes. L'incubation, ou plutôt la période de somnolence du virus, aurait donc duré une huitaine de jours, puis serait survenu au niveau de l'œil un foyer tuberculeux comparable, pour les partisans de l'infection par le chancre, à cet accident primitif, foyer tuberculeux qui aurait été le point de départ d'une infection générale. Partant de cette expérience, MM. Auspitz et Unna, notre maître M. Cornil, Chadzynski, essaient de rapprocher ce qui se passe dans la tuberculose, d'après l'expérience de Conheim, de ce qui se passe dans l'infection syphilitique: « Pendant la période d'incubation de la syphilis, le virus reste-t-il localisé, comme dans l'expérience de Conheim, dit M. Cornil, et par conséquent sans danger au point de vue de l'infection générale, comme cela a lieu pour les tubercules? Nous ne le savons pas d'une façon directe et absolue, mais, sans être affirmatif sur ce point, nous pouvons penser à titre d'hypothèse que le virus syphilitique, inséré dans un point de la peau, reste là un certain temps sans autre action que de modifier de proche en proche les cellules qui sont en relation de voisinage avec lui et de les préparer lentement à l'hyperplasie qui constituera bientôt le chancre. »

C'est ce que disent Auspitz et Unna pour lesquels le virus produirait d'abord des inflammations des vaisseaux (endophlébite, endoartérite oblitérante) et progresserait ensuite le long de ces vaisseaux jusque dans leur intérieur pour parvenir ainsi jusqu'au torrent sanguin. Alors se produirait l'infection générale. On sait en effet que pour Auspitz et Unna, le virus syphilitique progresserait surtout par les vaisseaux sanguins et non par les lymphatiques, contrairement à ce qui est admis par la plupart des auteurs. Pourquoi disent-ils en effet si, comme l'admettent nos adversaires, l'absorption se fait par les lymphatiques, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques ne sont-ils pas atteints avant l'apparition du chancre? Il faudrait donc admettre que le poison traverse une première fois tout le système lymphatique sans y amener de modi-

fications apparentes, puis produit une sclérose au niveau du point contaminé. Seulement après l'apparition de cette sclérose se montreraient des adénites symptomatiques d'une deuxième marche du virus dans le système lymphatique.

Cette progression du virus se rapproche de la théorie de Kuss, de Strasbourg, d'après lequel la syphilis, maladie du tissu conjonctif, se propage de proche en proche à la périphérie du chancre dans le tissu cellulaire. Van Swieten et Boërhave avaient déjà émis une opinion analogue.

Pour Albert Reder, la syphilis serait une affection métastatique; du foyer primitif chancreux se détachent des espèces d'embolies métastatiques qui produiraient à leur tour de nouveaux foyers. Tous ces foyers morbides seraient à leur tour le point de départ d'autres embolies. On se rapproche ainsi de la théorie des foyers d'infection primaire et secondaire de Klebs, que cet auteur a appliquée à presque toutes les maladies virulentes, et qui, pour Oertel, existeraient même dans la diphtérie. Mais laissons là toutes ces théories, quelque ingénieuses qu'elles puissent paraître, et bornons-nous à avoir montré comment les auteurs, partisans de l'infection par le chancre, nient la période d'incubation.

C'était d'ailleurs, déjà en s'appuyant sur des considérations analogues que MM. Cullerier et Ratier disaient: « On conçoit mieux assurément un germe morbifique déposé dans une partie et produisant son effet dans l'endroit même où il a été déposé, que ce même germe promené dans toute l'économie par l'absorption et revenant ensuite se développer au point d'insertion. »

Mosny, développant les idées de son maître Ricord, écrivait aussi: « L'incubation est un mot qui, suivant moi, devrait être rayé du langage médical. Il veut dire en effet inaction absolue, et il n'est aucun principe morbifique qui, déposé dans nos tissus, reste longtemps inactif. Pour moi, l'incubation du virus syphilitique serait ce temps pendant lequel, déposé sur les tissus, il les trouve insensibles à son action. En ce sens, nous admettrions l'incubation. Mais du moment qu'il les irrite, si légèrement que ce soit, l'incubation cesse, l'évolution commence. »

Aux expériences de Monneret et d'Aimé-Martin, Unna oppose les expériences de Sacco et de Hiller sur le vaccin, lesquelles ont montré, contrairement aux faits précités, que l'immunité vaccinale ne se montre qu'après un temps trois à quatre fois plus long que la période d'apparition de la pustule vaccinale (Sacco); que l'infection générale n'est complète que dans la deuxième semaine (Hiller).

Les partisans de la cautérisation du chancre, et Ricord en tête, ont fréquemment comparé le chancre à la morsure du chien enragé. Le chancre, pour eux, serait à la syphilis ce que la morsure du chien enragé est à la rage; si l'on cautérise cette morsure, on empêche la rage; si l'on cautérise le chancre, on empêche la vérole de se développer. Or, comme le dit très bien M. Fournier: « Cette comparaison pêche par la base.... L'individu sur lequel éclôt le chancre et l'individu qui vient d'être mordu par un chien enragé ne sont nullement dans des conditions identiques au point de vue de la réception du virus; ils sont au contraire dans des conditions diamétralement opposées. Celui qui vient d'être mordu vient à l'instant même d'être exposé à l'action du virus; celui sur lequel éclôt le chancre a reçu le germe de ce chancre il y a plusieurs semaines, puisque, comme vous le savez, l'éclosion du chancre est toujours séparée de l'époque de la contagion par une incubation plus ou

moins longue. Ce qui est l'analogie de la morsure du chien dans la vérole, c'est le coït. C'est la contamination dans le coït et non pas le chancre qui n'est qu'une conséquence éloignée de la contagion. Pour établir une assimilation thérapeutique exacte entre l'individu porteur d'un chancre naissant et l'individu qui vient d'être mordu par un chien infecté de rage, il faudrait : ou que le premier se fit cautériser immédiatement après le coït, ou que le second attendit plusieurs semaines avant de faire cautériser sa morsure.... Le chancre, à la vérité, est à la vérole, non pas ce que la morsure est à la rage, mais ce que le premier phénomène rabique est à cette dernière maladie. »

Pourquoi, disent encore les partisans de l'infection par le chancre, si l'infection générale existe déjà longtemps avant l'apparition de l'accident primitif, les phénomènes syphilitiques généraux se font-ils si longtemps attendre ? Pourquoi nos adversaires ne prescrivent-ils pas le mercure dès l'apparition de la sclérose, au lieu d'attendre les inévitables symptômes secondaires ? A cela, on peut leur répondre qu'un certain nombre de syphiliographes recommandent l'administration du mercure dès que l'on constate que l'on a affaire véritablement à un chancre infectant. Ils font encore remarquer qu'après l'apparition du chancre, un ganglion se tuméfie, puis plusieurs ganglions, et que ces glandes semblent arrêter pendant un certain temps la diffusion, la généralisation des produits morbides, comme cela a lieu pour les tumeurs malignes. Ils disent enfin que souvent l'inoculation d'un chancre induré à un malade déjà atteint de cet accident primitif produit de nouveau un chancre induré (Biedencap, Boeck). Nous avons vu plus haut qu'outre l'excessive rareté de ces réinoculations heureuses, comme le remarquait d'ailleurs Ricord (Lindwurm, Puche, etc.), il faut se défier, ainsi que le fait très bien observer le Dr Jullien, des faux chancres d'inoculation.

C'est en s'appuyant sur les considérations précédentes qu'un certain nombre de syphiliographes recommandent la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis. Mais, comme nous le verrons dans la bibliographie qui va suivre, plusieurs d'entre eux (Hünter, etc.) disent qu'il est prudent, après la destruction du chancre, de faire suivre au malade un traitement spécifique. D'autre part, les partisans de la destruction du chancre sont divisés, ainsi que nous le verrons, sur le moment où cette destruction peut être utile pour certains d'entre eux en effet (Sigmund, Ricord), le chancre ne serait un accident local qu'avant son induration. L'apparition de l'induration serait le signe de l'infection générale ; le chancre une fois induré, en un mot, deviendrait le premier des accidents secondaires (Ricord). Pour les auteurs plus récents, au contraire, Auspitz et Unna, Hüter, Kölliker, etc., l'induration du chancre et même l'adénite consécutive ne seraient point une contre-indication de sa destruction.

Nous voyons donc les deux écoles rivales s'opposer, avec apparence de raison, des objections théoriques nombreuses ; ce n'est donc pas la discussion théorique qui pourra résoudre le différend. Voyons maintenant ce que donne la pratique de la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis.

Il y a longtemps que l'idée d'éteindre le virus syphilitique dans sa naissance a été émise par les auteurs. On retrouve cette méthode signalée dans

les plus anciens syphiliographes (voir la collection des anciens syphiliographes de M. Fournier). Déjà, en 1508, Jean de Vigo, en 1696, Blegny recommandaient la cautérisation. Cette théorie de l'infection de l'économie par le chancre, émise et défendue par Benjamin-Bell, fut reprise par Hüter, lequel, dans son traité des maladies vénériennes, disait que la méthode la plus simple de traiter un chancre consiste à le détruire ou à l'extirper; de cette manière, on le réduit à l'état d'ulcère ou de plaie simple, et il se cicatrise comme tout ulcère ou plaie de cette nature. Mais si Hüter, tout en semblant partisan de la cautérisation ou de l'excision du chancre, comme B. Bell, défend cette méthode, il n'en est pas moins vrai qu'il n'est pas absolu et qu'il n'ose affirmer d'une façon précise que l'on empêche l'infection générale en détruisant l'accident local: « Aussi, dit-il, au moyen d'un tel traitement, il y a peu de danger d'infection générale pour l'économie, surtout si le chancre a été détruit presque aussitôt après son apparition et à une époque où l'on peut raisonnablement supposer que l'absorption n'a pas eu le temps de se faire; mais comme dans la plupart des cas, *il doit être incertain s'il y a eu ou non infection, on ne doit pas toujours se fier à cette pratique, et même, d'après cette remarque, ne devrait-on peut-être jamais se reposer entièrement sur elle*; de sorte qu'il serait prudent de prescrire, même dans le cas où le chancre a été détruit presque immédiatement, quelques médicaments internes. »

On voit donc Hüter, le véritable promoteur de la destruction des chancres, sembler être plutôt partisan de cette cautérisation en théorie qu'en pratique. G. Babington, l'annotateur d'Hüter, dit « que si cette pratique a pu réussir quelquefois, c'est qu'on l'a appliquée à des ulcères qui la plupart n'étaient pas des chancres. » Gibert n'est pas plus partisan de la cautérisation; sans la rejeter complètement, il considère comme prudent de ne pas se borner uniquement au traitement local. Mais, s'il ne reconnaît pas à la cautérisation le pouvoir de détruire la vérole dans son germe, il ne va pas lui attribuer des inconvénients imaginaires comme Lagneau, qui la croyait capable de produire le cancer; Dupuytren, qui la considérait comme la plus fatale des méthodes; Swediaur, Van Swieten, qui, tout en semblant considérer le chancre comme une affection locale au début, reprochaient à la cautérisation de produire les bubons et la vérole; Desruelles, Richond-Dosbrus qui, ainsi que les auteurs précédents, fidèles à leur théorie de la répercussion du virus, l'accusaient de produire des accidents constitutionnels. Cazenave, qui semblait admettre la cautérisation du chancre, disait toutefois que l'absorption du virus est si rapide que le chancre, se manifestât-il 12 heures après le coït et même moins, ne serait plus un accident local. On voit donc que pour Cazenave, la cautérisation est bonne, mais est toujours impraticable. Devergie combattit avec vigueur la méthode abortive; il disait que « on doit rester convaincu que le chancre n'est pas un symptôme local, mais bien un symptôme de réaction générale de l'économie, qu'il est alors dangereux de le supprimer brusquement sans s'exposer à voir apparaître plus tard, quelquefois de suite, des signes non équivoques de syphilis constitutionnelle. » Comme le dit très bien dans son excellente thèse Mosny, ardent défenseur des opinions de son maître Ricord: « Il est évident que M. Devergie joue sur les mots; comment le chancre étant un symptôme d'infection générale, peut-il produire, quand il est cautérisé, des signes de syphilis constitutionnelle? » Mosny défend avec chaleur la cautérisation des chancres et leur excision dans certains cas.

« Pour nous, dit-il, nous affirmons que la cautérisation, telle que nous la pratiquons, préserve toujours de l'infection générale. » Il rappelle que si Ricord n'obtenait pas au début des résultats constants, cela tient, comme cet auteur l'a dit lui-même, à ce que sa cautérisation n'était pas suffisamment profonde.

Jourdan, après avoir préconisé la cautérisation à condition qu'elle soit profonde, trouve que le nitrate d'argent n'agit pas assez, que le feu est trop effrayant, la potasse trop difficile à manier, l'excision trop douloureuse et termine en disant qu'il préfère les antiphlogistiques. Cullerier et Ratier, à l'article syphilis du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, disent « qu'ils ont expérimenté de cautériser des chancre à leur début, c'est-à-dire à l'état pustuleux, parce qu'alors toutes les probabilités se réunissent pour le faire considérer comme une affection tout à fait locale et circonscrite. » Ils recommandent la méthode abortive comme moyen d'éteindre la syphilis. Ribes père, en 1820, émettait les mêmes idées que Cullerier et Ratier. Dans la séance de l'Académie de médecine du 13 janvier 1847, un médecin proposa la cautérisation des chancres aussitôt après leur apparition, dans les maisons de tolérance, comme moyen d'empêcher la propagation de la syphilis et même de le faire disparaître; cette proposition fut à peine écoutée.

Les différents auteurs précités, ainsi que Ricord, avaient émis leurs opinions, soit favorables, soit contraires au traitement abortif de la syphilis avant que Ricord n'ait établi d'une façon péremptoire son immortelle théorie de la dualité du virus chancreux. Aussi doit-on, au point de vue de l'opinion que l'on peut se faire sur la valeur de la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis, faire table rase de toutes les opinions émises avant le travail de Ricord sur le chancre, en 1867.

Nous insisterons sur ce fait, qui semble avoir échappé à beaucoup d'auteurs, que Ricord recommandait la destruction du chancre, non seulement avant d'avoir distingué les chancres en chancres infectants et en chancres non infectants, mais encore après avoir séparé avec le plus grand soin ces deux espèces de chancres et fondé sa théorie dualiste, comme on le peut voir dans son ouvrage de 1867, sur le chancre. Rappelons encore que dès 1847, Ricord (fait que M. Auspitz et Unna ont oublié de mentionner dans leur travail) et ce sur des bases beaucoup plus solides qu'Hüter, pratiquait non seulement la cautérisation, mais encore l'excision du chancre.

Ricord, dans son livre sur le chancre, après avoir longuement insisté sur la dualité du chancre et sur sa théorie de l'infection de l'économie par le chancre, prescrit la cautérisation dans le chancre induré, comme moyen abortif. Passant en revue les différents caustiques, et repoussant avec vigueur les modificateurs anodins, il recommande le caustique carbo-sulfurique (caustique analogue au caustique safrano-sulfurique de Velpeau). Après avoir réfuté les opinions des auteurs qui prétendent qu'il ne faut pas détruire le chancre « parce qu'on enferme le loup dans la bergerie », parce qu'on répercute, refoule le virus, etc., il dit : « Pour moi, j'adopte au contraire la méthode destructive, et je proclame bien haut ce précepte : détruire le chancre le plus tôt possible. . . . Ce que fait la cautérisation, l'excision peut le produire, c'est en effet une excellente méthode qui supprime le chancre d'un seul coup. . . . Mais ici une précaution est de rigueur. Il faut avoir grand

soin de pratiquer l'excision à une certaine distance de l'aire ulcérée.... »
 « Le chancre, en effet, dit Ricord, quelle qu'en soit la nature, n'est jamais en naissant qu'une lésion locale; alors même qu'il doit infecter, son influence est primitivement bornée à la région qu'il affecte; l'affection générale n'est pas, comme je l'ai dit tant de fois, un résultat immédiat et instantané, c'est un résultat consécutif au développement du chancre et qui demande un certain temps pour se produire. Eh bien ! que ne profitez-vous de cet intervalle qui sépare l'apparition du chancre du moment où naît l'infection pour éteindre le foyer d'où elle va surgir..... Si la cautérisation du chancre simple présente tant d'avantages en faisant d'une ulcération spécifique une plaie simple et dépourvue de toute virulence, jugez quels bénéfices vous pouvez en attendre lorsque, détruisant un chancre qui *va s'indurer*, vous tarissez du même coup la source d'une infection constitutionnelle. Sans doute l'époque précise à laquelle se fait l'infection, c'est-à-dire le transport du virus dans l'économie, nous a échappé jusqu'à ce jour et demeurera sans doute longtemps inconnue; mais il est un fait pratique d'observation rigoureuse qui peut jusqu'à un certain point nous consoler de notre ignorance à ce sujet, c'est le suivant : de tous les chancres que j'ai vu cautériser ou que j'ai cautérisés moi-même du 1^{er} au 4^e jour de la contagion, aucun n'a été suivi des symptômes propres à l'infection constitutionnelle. » Mais plus loin on voit Ricord se rétracter en quelque sorte lorsqu'il dit : « Si vous avez tardé à détruire l'ulcération, ou si le malade ne s'est présenté à vous qu'à une époque déjà éloignée du début, la cautérisation n'est plus utile, au moins comme méthode prophylactique de l'infection constitutionnelle. Dès que l'induration s'est produite, la vérole est acquise, et dès lors, que vous cautérisiez ou que vous excisie le chancre, vous ne faites plus que détruire un symptôme sans prévenir la diathèse..... Aussi convient-il moins de considérer l'induration comme l'origine de la vérole que d'en faire une *conséquence* même de l'affection constitutionnelle; c'est moins une cause qu'un effet.... L'induration ne fait pas la vérole, elle l'indique. »

Le traitement abortif de Ricord ne vise donc le chancre qu'avant son induration. Ricord cautérise ses chancres du 4^e au 5^e jour après la contagion, mais alors comment peut-il dire qu'il a affaire à un chancre infectant ? Et même, d'après tout ce qu'il nous a appris lui-même sur l'évolution du chancre infectant, qu'est-ce qu'un chancre infectant ? Sous quel aspect se présente-t-il ? Existe-t-il même du 4^e au 5^e jour après la contagion ? Les mêmes objections peuvent-être faites au professeur Sigmund, lorsqu'il dit « que l'observation de plus de mille cas, dans une période de 11 ans, m'a montré que jamais il ne se déclarait d'accidents secondaires lorsque le chancre avait été complètement détruit dans les quatre premiers jours. » En 1867 et en 1871 Sigmund défend ses premières idées, mais il dit : « Que l'induration primitive ou la papule ne se montre qu'à une période où l'organisation est déjà infectée. » Il en conclut que l'excision ou la cautérisation du chancre une fois induré, ne peut empêcher la vérole. Ces idées, Sigmund les défend encore à l'article syphilis dans Pitha et Billroth. Et plus tard, dans un récent article publié en 1880. « Il faut, dit-il, combattre le début des chancres qui malheureusement présente les aspects les plus variés : érosion, plaque pseudo-membraneuse, desquamation épithéliale, inflammation folliculaire, vésicule, pustule, tumeur, etc. (d'un diagnostic souvent des plus difficiles, et dont les difficultés sont encore souvent exagérées par les irritants et les caustiques qu'em-

pioient les malades). Lorsque ces lésions se montrent chez des sujets qui ont eu manifestement des rapports avec des individus syphilitiques, « il faut ne pas tarder à les attaquer énergiquement au moyen d'agents capables de détruire ou au moins d'atténuer le germe d'une infection probable; il faut employer la méthode abortive ou désinfectante. » On voit en somme que Sigmond, de même que Ricord, ne s'attaque pas au chancre développé. Quant à l'atténuation du virus dont il parle, c'est une simple vue de l'esprit, sur laquelle nous n'insisterons pas plus que sur sa méthode désinfectante de l'accident primitif (acide phénique, thymique, etc.).

Vers la même époque la méthode abortive de la syphilis par la cautérisation ou l'excision du chancre était recommandée avec plus ou moins d'énergie par différents auteurs. Ainsi voyons-nous Humphry rappeler dans un discours, qu'il a souvent pratiqué l'excision des chancres indurés du prépuce. Il dit un des premiers que les caustiques, même les plus violents ne détruisent pas toujours le chancre. Il recommande de pratiquer l'excision le plus tôt possible et d'enlever du tissu sain autour de la partie malade. Il aurait obtenu ainsi quelques succès; il conclut en disant que: « Si le chancre n'est pas induré ou l'est à peine avant son excision, il y a très peu de chance de voir apparaître les phénomènes généraux, si le chancre a été enlevé complètement. En tous cas, s'ils se montrent, ils seront très bénins. Si l'induration existe, l'opération diminuera la probabilité de leur apparition, et si les phénomènes secondaires sont apparus, la destruction du chancre facilitera leur guérison. » La phrase précédente ne doit guère satisfaire les syphilographes au point de vue de la valeur des succès obtenus par Humphry. Quoi d'étonnant à ce qu'un chancre non induré, excisé ou non, ne donne pas lieu à la vérole. D'ailleurs, comme on le voit, dans certains cas, Humphry aurait obtenu de mauvais résultats, même dans l'excision de ses chancres non indurés, ou à peine indurés. Il est probable que dans ces cas il avait affaire à de véritables chancres infectants. Quant à dire que, si les accidents secondaires se montrent malgré l'excision, ils seront très bénins, ceci est absolument extraordinaire. D'abord qu'entend-il par accidents bénins? la plus grande majorité des syphilis actuelles ne présente-t-elle pas des accidents secondaires bénins; quant à affirmer que les accidents généraux seront toujours très bénins, cela ne repose absolument sur rien, n'a-t-on pas vu des accidents tertiaires des plus graves succéder à une syphilis secondaire des plus bénignes. Dire que les phénomènes secondaires une fois apparus, la destruction du chancre facilitera leur guérison, nous semble de la pure fantaisie. D'ailleurs Humphry reconnaît lui-même qu'il ne faut pas trop se fier à cette méthode abortive pour empêcher complètement tout accident syphilitique; il a vu des phénomènes secondaires se montrer après que la plaie d'excision se fut fermée avec une cicatrice saine et molle. Il n'en conclut pas moins que: « Ce fait que je n'ai jamais vu reparaitre l'induration lorsque l'incision fut faite loin du chancre, combat l'opinion nouvelle que l'induration est un symptôme et un effet de l'infection constitutionnelle. »

Veal aurait obtenu de bons résultats en excisant des chancres. En 1867, Hüter fit une communication à la Société médicale de Berlin sur l'excision des chancres indurés du prépuce comme moyen abortif de la syphilis. Sur ses 7 cas, 2 seulement purent être suivis pendant 5 à 6 mois; pendant ce laps de temps, il n'y eut pas de phénomènes de syphilis secondaire. Hüter recommande donc l'excision des chancres indurés du prépuce quand ils ne

sont pas accompagnés d'adénite inguinale. Il doit paraître étonnant de voir Hüter affirmer de pareilles choses en ne s'appuyant que sur 7 cas dont 2 furent observés seulement pendant 5 à 6 mois, tandis qu'un des 7 cas présentait de nouveaux noyaux d'induration dans la plaie; ce qui ferait présumer qu'il y eut dans ce cas des accidents syphilitiques ultérieurs. Aussi Meyer et Ulrich s'élevèrent-ils dans le courant de cette discussion contre l'opinion de Hüter et rapportèrent-ils des faits contradictoires, comme nous le verrons plus loin. Dans la même séance. C. Langenbeck dit avoir excisé en 1840, deux chancres indurés du prépuce; dans un cas, le malade, observé pendant un an, n'aurait pas présenté de phénomènes secondaires. P. Vogt, alors assistant de Hüter à Greifswald, défend les idées de son maître et recommande l'excision de tous les chancres du prépuce et des grandes et petites lèvres chez la femme. Mais il ne distingue nullement le chancre induré du chancre mou; c'est un uniciste renforcé. Il rapporte une vingtaine d'observations d'excisions de chancres sans distinction de leur nature.

Neumann, dans son traité des maladies de la peau, dit que, « nous avons vu une fois Hüter et moi, l'excision empêcher le développement des accidents généraux; dans quelques cas, j'ai observé à la suite de l'enlèvement de la sclérose par la ligature élastique, que les points où siégeaient les chancres ne s'induraient plus et que les phénomènes ultérieurs se réduisaient à un psoriasis palmaire et à une angine syphilitique. » !! (Ces accidents ultérieurs nous paraissent tout à fait suffisants.) Il ajoute que, selon Hüter, l'excision est toujours indiquée même dans les cas où la syphilis constitutionnelle s'est déjà manifestée par d'autres symptômes. !!! D'ailleurs, Neumann est uniciste.

Neale rappelle que le Dr Mac-Craith a dit qu'il n'a rencontré qu'un seul cas d'accidents secondaires, pendant 10 ans de pratique, en excisant des chancres indurés.

Kuzlinski, dans un travail assez confus, se montre partisan acharné de l'excision du chancre comme moyen abortif de la syphilis. Il ne fait d'ailleurs reposer sa thèse que sur un seul cas personnel, suivi, il est vrai, pendant 3 ans.

Bäumler se montre partisan de l'excision ou de la cautérisation du chancre comme moyen abortif.

En 1877, parut dans la *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, le travail d'Auspitz et Unna qui devait avoir un retentissement considérable. Ces auteurs publièrent un certain nombre d'observations recueillies à la policlinique de Vienne; elles sont au nombre de 33. Tous les chancres excisés d'après la méthode de Hüter furent conservés et examinés histologiquement par Unna. Auspitz et Unna prétendent que cliniquement tous les chancres indurés étaient caractéristiques. L'examen histologique leur fournit des résultats intéressants au point de vue des lésions des vaisseaux sanguins dans le chancre induré. Mais sur ces 33 cas, si nous étudions avec soin les différentes observations publiées par ces auteurs, nous voyons qu'il faut en rabattre beaucoup, et que ce chiffre considérable de 33 cas se réduit à 14 environ, comme ils le disent d'ailleurs eux-mêmes.

Sur ces 33 cas, il faut retrancher l'observation 5 et l'observation 16 dont les sujets ont disparu aussitôt après l'excision du chancre; il faut retrancher le n° 32 et le n° 33 qui n'ont pu être observés, le premier que trois mois, le second que neuf semaines. Il faut retrancher le n° 20 qui présentait déjà

des accidents secondaires au moment de l'excision (roséole, pharyngite syphilitique), et le n° 30 chez lequel la roséole apparut huit jours après l'excision. Auspitz et Unna disent qu'il faut considérer également comme douteux les n° 2, 8, 18 et 22. Mais si l'on examine avec soin les observations précitées, on verra que, non seulement le n° 2 doit être considéré comme un cas douteux, mais bien comme un cas contraire. Il s'agit d'une induration datant d'environ trois semaines, enlevée le 29 mai; le 30 mai le malade présentait au niveau du pharynx une excoriation légère et qui fut cautérisée. Le 21 juin, l'excoriation persistait encore et toute la muqueuse du pharynx était rouge. « Le 6 juillet, il se montra sur la peau du tronc des taches peu prononcées qui ne devinrent pas plus nettes les jours suivants, mais qui disparurent en huit jours environ; elles n'avaient pas occasionné de démangeaisons. Le 20 novembre nouvelle angine avec gonflement des ganglions sous-maxillaires. Le 18 décembre, l'inflammation chronique du pharynx n'a pas disparu, quoique la déglutition soit moins pénible; au niveau du pilier droit rougeur circonscrite, de même au niveau de la luette. Le 18 janvier 1875, il existait sur le pilier gauche quelques légères érosions qui furent cautérisées plusieurs fois. L'angine disparut en quelques semaines. Le 4 avril, quelques petites croûtes dans les cheveux. Depuis cette époque, le patient a disparu. » Il doit sembler étrange que MM. Auspitz et Unna rangent ce cas parmi les cas douteux; il nous paraît incontestable que malgré l'excision du chancre et la non-réinduration de la plaie, le malade a présenté des phénomènes syphilitiques des plus nets, quoique peu intenses (plaques muqueuses du pharynx, roséole, impétigo syphilitique du cuir chevelu?).

L'observation 22 doit être également considérée comme plus que douteuse; il s'agit d'un valet chez lequel on excisa un chancre induré aperçu depuis quatre jours, le 20 septembre; la cicatrice fut molle, mais le 14 octobre les ganglions inguinaux du côté gauche augmentèrent de volume et devinrent douloureux; un d'eux suppura même, comme on le put constater par la ponction. Le 27 octobre, engorgement d'une glande sus-claviculaire, croûte jaunâtre dans les cheveux avec une excoriation très superficielle sous la croûte; le malade est dès ce moment perdu de vue. Par conséquent, nous constatons que de ces 4 cas, rejetés uniquement comme douteux par Auspitz et Unna, un au moins, pour ne pas dire deux, ont présenté des accidents syphilitiques, comme on le constate facilement en étudiant avec soin les observations de ces auteurs. Il reste donc 23 cas. Mais sur ces 23 cas, comme ils le disent, d'ailleurs, les n° 1, 4, 7, 11, 13, 14, 21, 26, 27 ont présenté manifestement, malgré l'excision, des accidents syphilitiques.

Ils n'ont plus donc, pour appuyer leurs conclusions, que 14 cas chez lesquels il n'y aurait pas eu de phénomènes généraux; ce sont les observations 3, 6, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 23, 24, 25, 28, 29, 31. Il faut remarquer que déjà le n° 3 avait eu en 1871 un chancre mou, que peu de temps après il avait eu une blennorrhagie qui avait duré neuf à dix mois; qu'il ne fut observé par Auspitz et Unna, d'une façon continue que du 8 octobre au 12 novembre. Il est vrai que pendant un voyage, le malade aurait été examiné par M. le professeur Fournier qui l'aurait déclaré sain; à son retour, en mars 1875, le malade, examiné de nouveau par Auspitz, était absolument sain; depuis cette époque, Auspitz le perd de vue et ne reçoit de nouvelles de lui qu'en 1875. On voit donc que dans cette observation il y a plusieurs desiderata. D'abord, le malade n'aurait-il pas eu la vérole en 1871? Les auteurs viennois unicistes

pourraient peut-être bien se poser cette question ; est-il absolument certain que pendant le temps où le malade ne fut pas examiné par les médecins, et l'on voit qu'il n'a été examiné par Auspitz d'une façon certaine que pendant un mois, il n'ait pas eu d'accidents syphilitiques ? car tout le monde sait avec quelle facilité ces accidents peuvent échapper aux malades. Enfin n'aurait-il pas pris de mercure à l'insu du médecin ?

Le n° 6 aurait également eu, en 1874, un chancre mou du gland ; le chancre induré excisé serait réapparu au même point ; il ne fut observé d'une façon continue par Auspitz que du 29 octobre 1874 au 10 novembre de la même année ; il est vrai de dire qu'il se présenta de nouveau à Auspitz le 10 septembre 1875, affirmant n'avoir présenté aucun accident syphilitique pendant son absence ; ce qui fait dire à Auspitz que durant l'espace de onze mois le malade n'aurait pas présenté d'accidents syphilitiques. Mais cet homme n'aurait-il pas laissé échapper quelques légers phénomènes spécifiques ? Le fait est possible, car Auspitz ne nous dit pas si du 10 novembre 1874 au 10 septembre 1875, le malade a été consulter un médecin.

Quant au sujet de l'observation 9, il faut remarquer qu'il ne fut observé d'une façon continue que du commencement de novembre au 16 décembre ; plus tard il ne venait voir Auspitz que tous les mois.

Le n° 10 ne fut observé d'une façon continue que du 15 décembre 1874 au 8 janvier 1875 ; du 8 janvier 1875 au 25 décembre de la même année, époque à laquelle il vint de nouveau trouver Auspitz qui le considéra comme sain, il y a donc une période d'observation insuffisante.

Le n° 15 aurait eu, en 1874, un chancre accompagné d'une blennorrhagie ; il fut observé d'une façon continue.

Le n° 17 semble ne pas avoir été observé d'une façon continue, du 10 juillet 1875 au 11 février 1876.

Pour le n° 19, on peut se demander, en se fondant sur la description de la lésion et sur l'absence d'adénite, si le malade a réellement eu un chancre induré. Il ne fut observé d'une façon continue que du 15 juin au 8 juillet 1875 ; du 8 juillet 1875 au 6 mars 1876, époque à laquelle il fut revu par Auspitz, il y a donc une période d'inobservation.

Le n° 23 n'a été observé que pendant quatre mois.

Pour le n° 24, on pourrait à la rigueur se demander si le malade a réellement eu un chancre infectant, car il s'était cautérisé lui-même trois fois avec la pierre infernale, et l'on sait que l'irritation d'une ulcération simple des organes génitaux peut produire une induration trompeuse ; de plus il présentait au prépuce deux petites excoriations. Le malade fut observé pendant cinq à six mois.

Le n° 25 fut observé d'une façon continue du 19 au 23 janvier 1876. Obligé de partir pour être soldat, il ne fut revu par Auspitz que le 16 mai 1876. Auspitz, d'ailleurs, le trouva sain et le considéra comme ayant toujours été sain. A partir de ce jour il le perdit de nouveau de vue.

Le n° 29 ne fut observé que pendant seize semaines.

Le n° 31 avait eu, environ un an auparavant, un chancre du prépuce ; il ne fut observé que pendant quatre mois et demi, et encore pendant ce temps, il existe une période d'inobservation de plus de quatre mois, du 5 novembre 1876 au 14 mars 1877.

On voit donc que sur les 14 cas conservés comme probants par Auspitz, il en est peu qui soient absolument convaincants. En effet, comme nous l'avons vu,

quelques-uns des malades avaient eu antérieurement un chancre, fait qui doit jeter tout au moins un doute dans l'esprit des unicastes. Dans un ou deux cas il n'est pas absolument certain que l'on a eu affaire réellement à un chancre infectant. Un grand nombre de cas n'ont été observés que pendant quelques mois, quatre mois environ, terme insuffisant, comme le disent Ricord, Mosny, etc., quoique Auspitz trouve ce terme de quatre mois suffisant. De plus, dans presque toutes les observations précédentes, il faut noter que les malades livrés à eux-mêmes, ont été laissés inobservés pendant un long espace de temps; quelquefois même cette période d'inobservation comprenait presque toute la durée de ce que Auspitz appelle une période d'observation. Or, est-il possible d'ajouter une confiance absolue au dire des malades racontant qu'ils n'ont pas eu de phénomènes syphilitiques, lorsqu'on voit des sujets atteints de plaques muqueuses de la gorge, de l'anus, etc., ou de syphilides cutanées (en particulier la roséole) ne pas soupçonner le moins du monde qu'ils sont atteints d'accidents secondaires. Enfin, est-il absolument certain qu'aucun des malades n'ait pris de mercure à l'insu des médecins (car ainsi que le dit très bien Auspitz : « *Quivis syphiliticus mendax* »); médication qui, comme on le sait, rendrait la période d'observation de quatre mois tout à fait insuffisante, le mercure retardant l'apparition des accidents secondaires, ou même les faisant disparaître parfois. Donc, ces 14 cas sont loin d'être tous absolument convaincants; mais en revanche, les numéros 1, 2, 4, 7, 11, 13, 14, 21, 26, 27, c'est-à-dire 10 cas, ont incontestablement présenté des phénomènes de syphilis, malgré l'excision du chancre. Quant à dire avec MM. Auspitz et Unna que l'excision du chancre diminue l'intensité des phénomènes généraux, nous ne voyons réellement pas sur quoi cela repose, la plupart des syphilis, que le chancre ait été excisé ou non, débutant le plus souvent par des syphilides des plus bénignes. Enfin, il est une dernière objection que l'on peut adresser à MM. Auspitz et Unna, c'est qu'ils n'ont pas fait de confrontations pour établir leur diagnostic; que par conséquent celui-ci repose uniquement sur les phénomènes objectifs du chancre et sur son induration. Aussi trouvons-nous que le nombre des faits publiés par MM. Auspitz et Unna et la valeur de leurs observations ne sont pas suffisants pour permettre d'affirmer que l'excision d'un chancre induré peut empêcher très souvent la syphilis; que lorsqu'il ne se fait pas une nouvelle induration après l'excision il ne se produit pas ultérieurement d'accidents syphilitiques (bien que ces auteurs disent que l'exception confirme la règle); que la sclérose initiale n'est pas le premier symptôme de l'infection générale, mais que cette sclérose est, de même que l'adénite inguinale, un accident local d'abord, un foyer primitif s'irradiant peu à peu vers les tissus sains.

Dans un travail ultérieur, Auspitz continue à défendre ses premières idées. S'appuyant sur l'altération des tissus existant dès le début du chancre (comme il l'a montré dans son travail avec Unna) et augmentant progressivement avec le développement du chancre, il dit que ce fait prouve que l'on a affaire d'abord à un simple accident local. Pour lui l'infection ne se propagerait pas par les lymphatiques, mais par les vaisseaux sanguins dont les parois se sclérosent et s'épaississent dès le début, comme on le peut constater dans le chancre. Il développe l'objection posée par les auteurs qui considèrent le chancre comme un accident local, et dit que pour admettre la théorie de l'incubation, il faudrait admettre que le virus, absorbé par les lymphatiques, demeure latent un certain temps sans même enflammer les glandes (1^{re} période d'incu-

bation), puis que le virus se porte sur le point primitivement lésé (apparition du chancre), puis demeure de nouveau latent (2^e incubation), avant la période des accidents secondaires.

Th. Kolliker a fait à Wurzburg dans le service de Rinecker, huit excisions de chancres indurés. Nous allons résumer brièvement ces huit observations; leur résumé sera peut-être un peu long, mais il est important de le faire pour qu'on puisse juger de leur valeur.

1^{re} Excision d'un chancre induré des grandes lèvres, le 15 mars; pas d'induration consécutive. En juillet, pas encore de phénomènes syphilitiques (par conséquent la maladie n'a été observée qu'environ quatre mois).

2^{re} Chancre induré du prépuce apparu à la fin de janvier 1878; *pas d'adénite*. Excision le 14 février, quatorze jours après le début. Guérison par première intention. Une induration persistante diminue peu à peu; le 8 octobre 1878 pas encore de syphilis. (Ce malade a, par conséquent, été observé neuf mois environ; mais Kolliker ne dit pas s'il l'a observé d'une façon continue.)

3^{re} Chancre induré du prépuce avec adénite commençante excisé trois semaines après son début; trois mois après environ angine syphilitique secondaire.

4^{re} Excision d'un chancre induré du prépuce quatorze jours après son apparition, pas d'adénite, nouvelle induration; plus tard phénomènes syphilitiques secondaires.

5^{re} Excision d'un chancre induré du prépuce sept jours après son apparition, pas d'adénite; la plaie s'indure de nouveau plus tard, puis se montrent des phénomènes secondaires.

6^{re} Excision d'un chancre induré neuf jours après son apparition. Plus tard roséole, angine syphilitique secondaire.

7^{re} Excision d'un chancre trois semaines après son apparition. Adénite. Plus tard phénomènes syphilitiques secondaires.

8^{re} Chancre induré apparu le 3 juin. Excision le 13 juin. Adénite. Guérison par première intention sans nouvelle induration. Jusqu'en octobre 1878, pas de phénomènes syphilitiques. (Donc le malade a été observé environ 4 mois.)

Ainsi, sur huit cas, bien que dans deux le chancre ait été excisé sept à neuf jours après son apparition, il n'en est pas moins survenu dans cinq cas des accidents syphilitiques. Quant aux trois autres cas qui semblent plaider en faveur de l'excision du chancre induré, dans deux d'entre eux les malades n'ont été observés que pendant quatre mois environ. Kolliker ne nous dit pas non plus si cette observation a été continue, s'il a fait des confrontations, si les malades ont pris du mercure. Il conclut de ces faits que l'extirpation d'un chancre suffit parfois pour préserver de la syphilis, que l'adénite n'empêche pas de réussir, que même quand on ne réussit pas, l'excision du chancre semble diminuer l'intensité des phénomènes secondaires !!! (Les cinq malades sur lesquels il s'appuie auraient eu surtout de la roséole et des angines secondaires.) Il conclut enfin que la sclérose initiale n'est pas un symptôme d'intoxication générale.

Pospelow a extirpé, d'après le procédé de Hüter et Auspitz, trois chancres évidemment indurés. Chez deux malades il ne put constater de phénomènes syphilitiques dans une observation de six mois. Chez le troisième, dont le chancre datant de plusieurs semaines, avait été excisé trop tard, il y eut des accidents secondaires.

Hüter (*Centralblatt*, 1879) maintient ses premières conclusions et reproche

à Kolliker d'avoir dit que lui, Huter, Coulson, Thiry, etc., n'ont pas toujours réussi.

Klebs reconnaît que l'excision est loin de donner toujours de bons résultats. Néanmoins il en est partisan.

Notre maître, M. Cornil, dans ses belles leçons sur la syphilis, dit que « les résultats obtenus en Allemagne, par l'excision du chancre, induré doivent être notés et enregistrés avec soin. Ils appuient l'opinion que la syphilis n'est pas d'emblée généralisée à toute l'économie avant toute manifestation apparente. Cependant, si cette théorie me paraît le mieux concorder avec les faits, nous ne pouvons pas, dans l'état actuel de la science, la regarder comme certaine. »

Rydygier (Traitement chirurgical de la blennorrhagie et du chancre initial, *Gazeta lekarska*, n° 45, Varsovie) rapporte trois cas dans lesquels, après un an et demi d'observation les malades sont restés libres d'accidents secondaires. Il recommande l'emploi du thermocautère Paquelin quand on ne peut détruire le chancre par l'excision.

Pick dit que dès 1874 il excisait l'ulcération primitive :

1° Dans des cas où la sclérose existait seule. Dans quelques cas (il ne dit pas malheureusement combien), même après une observation d'un an et demi, il ne se déclara aucun symptôme syphilitique ;

2° Dans deux autres conditions, a quand les ganglions étaient fortement engorgés ; b quand il existait déjà des symptômes de syphilis, les accidents syphilitiques suivirent un cours ordinaire. Ils furent néanmoins toujours atténués !!

Folinea, de Naples, a publié huit succès sur dix-neuf cas.

J. Chadzynski, médecin de l'hôpital général de Lemberg (Galicie autrichienne), a publié dernièrement dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* le résultat de trente observations d'excisions du chancre commencées en octobre 1877, parmi lesquelles il a obtenu sept succès, seize insuccès et sept cas douteux, dont deux après six mois, trois après sept mois, un après treize mois et un après plus de vingt-quatre mois d'observation. (On ne comprend pas que l'auteur dise, page 469 : « que les $\frac{3}{4}$ de ses malades, étant soumis à un contrôle incessant, n'ont présenté, après les plus minutieuses investigations, aucune trace de syphilis, vu qu'il ne signale que sept succès sur trente cas.) L'auteur s'est mis, comme il y insiste avec raison dans son travail, dans les conditions les plus favorables pour éviter toute erreur de diagnostic ; malheureusement il ne publie pas les observations sur lesquelles il s'appuie et se borne, après quelques généralités à en faire un tableau. Il insiste sur l'excision hâtive du chancre, tout en reconnaissant que souvent pour être bien certain qu'il avait affaire à un chancre induré, il a retardé l'opération, ce qui a diminué ses chances de succès. Il dit que l'excision de l'induration récidivée peut empêcher la vérole, qu'en tous cas, cette excision diminuant la quantité du virus fourni par l'ulcère alors même que les symptômes secondaires seraient inévitables, « ils seraient de beaucoup atténués ; que si, pour les chancres classiques fortement éburnés, accompagnés d'une pléiade de ganglions engorgés, l'extirpation ne peut arrêter l'explosion d'accidents secondaires, car la deuxième période d'infection est déjà un fait accompli, l'expérience prouvera si l'excision n'est pas encore de nature à modifier les symptômes subséquents. »

Il termine en admettant les conclusions d'Auspitz et Unna, Huter, etc., et

dit que tout ulcère vénérien suspect doit être excisé, ou si son siège ne le permet pas, détruit par le thermocautère.

Nous ne pouvons terminer cette critique bibliographique du traitement abortif de la syphilis infectante, sans citer un travail curieux de *Weisflog*. Cet auteur a été guidé par une idée de *Broca* qui avait essayé de faire avorter la syphilis en injectant dans les ganglions inguinaux engorgés de la teinture d'iode et en les ouvrant dès qu'ils présentaient la moindre trace de fluctuation. *Weisflog* injecte, au moyen d'une seringue de Pravaz, une solution aqueuse de nitrate de H G entre le chancre et les ganglions lymphatiques auxquels aboutissent les lymphatiques partant du chancre; il continue ces injections pendant dix à douze jours. Ainsi, dit-il, ce médicament qui agit spécifiquement sur les foyers d'infection primaires, les détruit et finit par les faire disparaître. Sur 28 cas de chancres nettement indurés ou mixtes, jamais, malgré une observation de plus de six mois, il n'y aurait eu de phénomènes secondaires. Douze d'entre ces sujets sont mariés et ont des enfants très bien portants. On peut répéter ici les objections faites à Auspitz et se demander si l'intervalle de six mois est suffisant pour des individus traités par le H G.

Si maintenant, après avoir énuméré les partisans de la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis et étudié avec soin les faits sur lesquels ils s'appuient, nous résumons les succès obtenus par la méthode destructive, succès dont un certain nombre, d'ailleurs, sont encore sujets à caution, comme nous l'avons vu en discutant les cas de MM. Auspitz et Unna (la plupart des objections faites à ces auteurs sont applicables aux autres), nous voyons que le nombre des succès obtenus est loin d'être considérable.

Nous commençons ce résumé au travail de *Ricord* en 1867, le chancre infectant n'ayant pas été suffisamment distingué avant cette époque du chancre non infectant. Tout d'abord il nous faut éliminer *Ricord* et *Sigmund* au point de vue de la valeur de la destruction du chancre induré. Ces auteurs, en effet, détruisent des plaies et des ulcérations suspectes par ce fait que les sujets avaient été en contact avec des individus syphilitiques; leur statistique semble admirable lorsque le chancre a été détruit dans les quatre premiers jours après la contagion (*Ricord*), dans les cinq premiers jours après son apparition (*Sigmund*). Mais ces deux syphiliographes reconnaissent qu'une fois l'induration du chancre produite, toute destruction, toute excision est inutile.

Humphry dit avoir obtenu quelques succès (combien ?) en excisant des chancres (quels chancres ?). Nous le laisserons donc également de côté, ainsi que *Veal* et *Mac-Craith*; il en sera de même de *Vogt*, qui dit avoir obtenu de bons résultats dans l'excision de plus de 20 chancres sans distinction de leur nature.

Il nous reste donc les faits de :

	CAS.	SUCCÈS:	INSUCCÈS.
Hüter	7	2	?
Kuzlinski	1	1	0
Langenbeck	2	1	?
Auspitz et Unna	33	14	10

	CAS.	SUCCÈS.	INSUCCÈS.
Th. Kolliker.....	8	3	5
Pospélow.....	3	3	0
Rydgier.....	3	3	0
Pyck.....	?	1	?
Folinea.....	19	8	?
Chadzynski.....	30	7	16
	106 + ?	44	32 + ?
Injection de sublimé (Weisflog).	28	28	0

Nous voyons donc que sur un ensemble de 106 cas, les auteurs précités ont obtenu 44 succès, mais tous ces succès sont-ils absolus, c'est ce qu'il resterait à prouver. La plupart de ces cas étant passible des mêmes objections que celles que nous avons faites à Auspitz et Unna, Kolliker. (Nous renvoyons, pour ne pas nous répéter, à la discussion que nous avons faite des observations de MM. Auspitz, Unna et Kolliker.)

Maintenant que nous avons achevé une critique bibliographique aussi complète que possible des faits sur lesquels s'appuient les partisans de la destruction du chancre, citons quelques-uns de ses adversaires.

Diday (*Gazette médicale de Lyon*, 1858) relate un certain nombre d'observations (10) dans lesquelles il a cautérisé les chancres tout à fait à leur début, alors qu'ils ne représentaient encore que l'aspect d'une plaie simple. Malgré une cautérisation énergique les chancres s'indurèrent ensuite et la syphilis survint. Il est donc pour lui absolument inutile de cautériser le chancre infectant, même tout à fait au début. Il combat Ricord et dit que 1/4 d'heure après que le chancre a paru, on ne peut plus en prévenir les suites constitutionnelles. Il rappelle ce que disent les gens du monde : « On a brûlé mon chancre, il s'est porté à ma gorge. » Aux observations précédentes, Diday (*Gazette médicale de Paris*, 1860) ajoute de nouveaux faits importants : un tout petit chancre du fourreau, datant de trois jours, est cautérisé avec la pâte carbo-sulfurique, neuf jours après, on constate une cicatrice solide et de bonne nature en apparence, six semaines après belle poussée de manifestations secondaires. — Un chancre qui ne s'est montré que depuis deux jours est cautérisé pendant deux heures avec la pâte au chlorure de zinc ; huit jours après, le malade était guéri de son ulcère ; un mois et demi après accidents secondaires. — Un chancre datant de vingt-quatre heures, est brûlé avec de la pâte carbo-sulfurique ; un mois et demi après, accidents secondaires. Diday conclut donc de ces observations que le chancre infectant n'est pas au début une maladie locale ; le détruire n'est pas prévenir, pas même retarder l'éclosion des symptômes constitutionnels.

Rollet (recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, 1869) n'est pas non plus partisan de la destruction du chancre. Il dit (page 516) « qu'il est possible qu'en cautérisant dans les cinq ou six premiers jours qui suivent le coït la place où pourra se développer plus tard un chancre syphilitique, on puisse prévenir le développement de la maladie ; cependant l'analogie ne permet pas d'espérer ce résultat, car l'absorption du virus syphilitique, comme

celle du vaccin et de tous les virus proprement dits, est malheureusement très rapide. D'un autre côté, le chancre syphilitique une fois développé, la cautérisation peut le modifier utilement, mais elle ne remédie à aucun de ses effets inévitables, quoiqu'on fasse localement. » Il dit encore (page 23) : « Quant aux suites de la maladie, on ne les prévient pas, même en faisant la cautérisation dès l'apparition du chancre. La syphilis secondaire éclate malgré tout ; à cette maladie d'emblée générale, il n'y a que le traitement général qui puisse être opposé efficacement. » Rollet, dans son excellent article *Chancre* du *Dictionnaire des sciences médicales* dirigé par Dechambre, reconnaît que dans un certain nombre de cas, Ricord semble avoir prévenu l'infection générale par la cautérisation du chancre au début. « De mon côté, dit-il, j'ai souvent eu l'occasion de faire des cautérisations sur des chancres sans incubation qui étaient d'abord mous et qui finalement s'induraient ; en un mot qui étaient mixtes. Dans ces cas je ne prévenais pas, il est vrai, par la cautérisation l'infection générale, et, sous ce rapport, mon observation est d'accord avec celle de M. Diday ; mais il se peut très bien que dans d'autres cas semblables, l'infection générale ait été prévenue sans que j'aie pu m'en apercevoir, puisqu'à cette époque, il n'y a aucun signe appréciable qui permet de distinguer le chancre simple du chancre infectant. » En somme, Rollet trouve la cautérisation inutile dans le traitement du chancre syphilitique. Pour le chancre mixte, sans nier qu'elle puisse parfois, au début, empêcher l'infection générale, il la recommande surtout pour éviter les complications spéciales particulières au chancre mou,

Billroth (*Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie*) repousse d'une façon absolue la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis : « Dans la syphilis, dit-il, page 480, aussitôt après l'inoculation survient la maladie générale. Dans l'inoculation d'un sujet avec le produit de sécrétion d'un vrai chancre syphilitique tout l'organisme est aussitôt infecté. »

Niemeyer dit (page 689) : « Ma propre expérience ne parle pas en faveur de la méthode abortive (cautérisation à la pâte de Vienne) que j'ai souvent employée en arrivant à Magdebourg. Les résultats de cette méthode m'ont donné pour quelques années la réputation de n'avoir pas de chancre dans le traitement de la syphilis ; car il n'avait pas échappé au public qu'un grand nombre de malades traités par moi, « selon la nouvelle méthode » avaient des bubons suppurés ou des accidents secondaires. »

M. Fournier, élève de Ricord, rejette complètement la méthode de la destruction du chancre comme moyen d'empêcher la syphilis. Dans ses leçons sur la syphilis faites à Lourcine : « Peut-on faire avorter le chancre, dit-il, et si on le peut, si avec un caustique on arrive assez à temps pour supprimer le chancre naissant, prévient-on ainsi la syphilis, supprime-t-on ainsi du même coup le chancre et la vérole ? Oui, sans doute, Messieurs, on peut faire avorter le chancre à son origine, de même que le supprimer plus tard en tant que lésion ; il suffit pour cela de l'attaquer avec un caustique puissant tel que le vitriol. Un coup de ciseaux rendrait au besoin le même office. Telle était l'opinion de Ricord... Cette doctrine de Ricord était des plus consolantes, elle offrait une ressource inestimable contre les conséquences d'une redoutable contagion. Malheureusement elle a été condamnée par l'expérience d'une façon complète et absolue... On a dit qu'en cautérisant les chancres tout récents, en les cautérisant du premier au quatrième jour à la suite de la contagion, on prévenait de la sorte l'infection constitutionnelle... D'abord le

chancre syphilitique ne naît pas d'un à quatre jours après la contagion. Les faits d'inoculation expérimentale nous montrent invariablement que le premier phénomène qui succède à la contamination ne se manifeste jamais qu'après un laps de temps plus ou moins long ; de dix jours au minimum, de vingt-cinq jours comme moyenne habituelle. Et tous les faits cliniques bien observés déposent identiquement dans le même sens. Le chancre ou l'accident qui se produit dans les quatre premiers jours d'une contagion n'est donc pas, ne peut jamais être un chancre syphilitique. C'est un chancre simple, c'est un herpès, c'est une érosion quelconque qui succèdent au coït à aussi bref délai. C'est ceci ou cela, peu importe, mais ce n'est pas à coup sûr un chancre syphilitique.

« En second lieu, lorsqu'on a cautérisé un chancre naissant, sur quelle base a-t-on établi le diagnostic du caractère chancreux, et chancreux syphilitique, bien entendu, de la lésion ? S'est-on occupé d'établir la filiation du chancre, d'en rechercher l'origine, c'est-à-dire d'instituer une confrontation entre le sujet contaminé et le sujet contaminant ? Non, dans la plupart des cas, et presque toujours ce critérium manque à l'observation. Mais ce n'est pas tout : sur quels caractères s'est-on basé pour affirmer la nature syphilitique de la lésion ? C'était un chancre, dit-on. Pourquoi un chancre ? Est-ce que de son premier à son quatrième jour, le chancre syphilitique a des attributs qui puissent être sûrement connus ?... J'ai longuement insisté près de vous pour vous convaincre qu'à cet âge, le chancre était la plus insignifiante des érosions, une érosion sans caractère propre, sans phénomène spécial... Je refuse au plus habile syphiliographe, s'appelât-il Hunter ou Ricord, le droit de formuler un jugement sur une lésion embryonnaire, de prononcer un arrêt sur une lésion à peine éclosée. Donc, à mon sens, quand on a cautérisé un chancre naissant, on n'a jamais su ce qu'on cautérisait.

« D'autre part, nombre de médecins, sur la foi des maîtres, ont cautérisé des chancres naissants. J'en ai cautérisé moi-même avant le quatrième jour, et cela par les méthodes les plus énergiquement destructives.... Malgré cela, les phénomènes syphilitiques se sont développés, la diathèse suit son évolution la plus normale.... De plus la cautérisation ne prévient même pas toujours l'induration spécifique locale tout en supprimant le chancre en tant qu'ulcère. Concluons donc : la cautérisation, la destruction du chancre en tant que méthode préventive abortive de la vérole, est purement illusoire ; supprimer le chancre n'est pas supprimer la diathèse.... Seconde question, mais celle-ci très accessoire par rapport à la précédente ; le chancre une fois développé, y a-t-il avantage à le supprimer violemment en tant que lésion, soit par une cautérisation énergique, soit même par une excision ? Nullement, et vous savez pourquoi : en tant que lésion, le chancre est un accident essentiellement bénin, limitif, érosif, n'ayant aucune tendance à détruire, évoluant avec rapidité, se cicatrisant sans stigmatisme, inoffensif en somme, et ne demandant qu'à guérir. Quel avantage y aurait-il donc à lui substituer au prix d'une opération ou d'une cautérisation douloureuse une autre lésion qui ne serait guère plus bénigne, qui ne guérirait guère plus hâtivement, que suivrait à coup sûr une cicatrice, un stigmatisme indélébile et sous laquelle même, peut-être, se reproduirait l'induration. »

Lancereux dit que le succès des inoculations successives et les résultats obtenus par Sigmund font présumer « sinon d'une façon rigoureuse, au moins avec une grande probabilité, que le virus syphilitique reste local pendant un

espace de temps qui varie d'un à plusieurs jours, et qui est moins long que la période d'incubation de l'accident primitif.... L'accident primitif s'est révélé, la syphilis existe à n'en pas douter; » alors le traitement local est inutile, il faut combattre la diathèse. « La cautérisation pratiquée, comme le faisait Ricord, dit Lancereaux (page 545), au début du chancre, est chose superflue et inutile dès l'instant que cet accident est la première expression phénoménale de la modification de l'organisme. Si cette méthode a pu enregistrer quelques succès, c'est évidemment qu'elle a été employée à la fois contre le chancre mou et le chancre infectant à une époque où la distinction de ces deux espèces n'était pas encore connue. L'expérience a du reste jugé sur ce point Jean-Louis Petit, qui, dès le début de sa pratique, se mit à exciser les chancres indurés prépuçiaux, finit par renoncer plus tard à cette opération qu'il jugea inutile.... Ainsi, la méthode abortive dirigée contre l'accident syphilitique primitif, est tout au moins inutile. »

Telle est la bibliographie, très incomplète d'ailleurs, des syphiligraphes ennemis de la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis. Nous pourrions en nommer bien d'autres, Follin et Duplay, Bassereau, Cusco, Aimé Martin et Belhomme, Zeissl, Lindwurm, etc., etc.

Pour ne citer qu'un excellent traité de syphiligraphie tout récent, nous citerons celui du Dr Jullien de Lyon : « Quand le chancre a paru, dit-il, toute tentative d'abortion doit être condamnée; ce n'est pas qu'on ne puisse arriver dans quelques cas à supprimer l'ulcère au prix d'une perte de substance plus ou moins considérable, mais la vérole n'en existe pas moins.... Au reste, on a vu maintes fois la cicatrice consécutive à l'emploi de la méthode ectrotique s'indurer, devenir préminente et persister parfois fort longtemps. »

On pourrait objecter, comme l'ont fait Humphry, etc., que la cautérisation n'est pas un bon moyen pour détruire complètement les chancres et faire avorter la syphilis; que la seule méthode réellement radicale est l'excision du chancre. Mais ici encore nous rencontrons de nombreux auteurs qui, après avoir pratiqué cette méthode, la repoussent comme inutile ou en ont obtenu de mauvais résultats. Nous venons de voir qu'il y a longtemps déjà, cette méthode, pratiquée par Jean-Louis Petit, fut repoussée par cet auteur comme inutile. M. Puche, dans sa longue pratique à l'hôpital du Midi, avait renoncé à exciser les chancres infectants; jamais il n'avait obtenu de résultat, il arrivait toujours trop tard, disait-il; une fois l'induration faite, toute excision était inutile, ainsi que nous l'ont dit M. Duguet, qui, alors interne de Puche, a excisé lui-même plusieurs chancres indurés, et notre ami M. Bochefontaine.

Bumstead la repousse.

Nous avons vu (*loco citato*) que Meyer dit avoir souvent enlevé des chancres indurés du prépuce sans avoir pu pour cela empêcher les accidents secondaires. Ulrich (*loco citato*) a dans 3 cas, complètement excisé les chancres indurés, mais dans ces 3 cas, il se fit de nouveaux noyaux d'induration dans la cicatrice. Coulson raconte qu'il a excisé un petit chancre induré du prépuce, et que consécutivement, quoique au début la plaie ait eu une bonne apparence, les bords de la plaie s'indurèrent et il se produisit des phénomènes de syphilis constitutionnelle.

Thiry a publié une observation portant le titre suivant : « Chancres prépuçiaux glandulaires, induration vérolique initiale, enlèvement de l'induration, reproduction immédiate, syphilis constitutionnelle. »

Zeissl, l'éminent syphiligraphie viennois, a toujours repoussé l'excision

du chancre induré; dans un travail récent publié dans la *Wien. med. Presse* en 1880, il s'élève avec vigueur contre la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis. Il considère l'induration chancreuse comme la manifestation locale de l'infection générale. Il dit qu'il faut n'accepter que sous toutes réserves les succès obtenus par la destruction du chancre; que dans ces cas le chancre n'était pas infectant. Il publie enfin 5 observations où malgré l'excision du chancre induré il ne s'en produit pas moins ultérieurement des accidents constitutionnels.

Lewin s'élève avec vigueur contre le procédé de Hüter et montre que le véritable accident primaire de la syphilis « echt syphilitischen » n'est pas un accident local, mais correspond à une infection générale de l'organisme. Il joint à ses attaques contre Hüter deux cas sur l'un desquels il insiste particulièrement : Marie S..., âgée de 17 ans, semblant avoir été déflorée tout récemment, entre à la Charité dans le service de Lewin le 25 décembre 1868; elle porte sur la petite lèvre droite une induration du volume d'un haricot, ne présentant pas le moindre signe de régression; à droite seulement deux petits ganglions inguinaux cruraux, à peine de la grosseur d'une petite noisette, indurés; pas d'autre adénite, pas un seul autre phénomène syphilitique. « S'il était un cas, dit Lewin, où le virus syphilitique devait se montrer localisé dans le sens de Hüter, c'était bien dans celui-ci. » En tendant à la lumière la petite lèvre très mince, absolument transparente, il ne lui fut pas possible de percevoir, en quelque point que ce fût, ni par la palpation, ni par la vue, le moindre de ces engorgements de vaisseaux lymphatiques signalés par certains auteurs, en particulier par Biesadecki, comme indiquant la résorption du virus. En présence des assistants à la clinique de la Charité, la sclérose fut excisée au moyen d'une incision pratiquée loin de l'accident primitif. La plaie guérit assez rapidement par première intention, mais dès le trente-neuvième jour après l'extirpation apparut une roséole syphilitique avec engorgement des ganglions cervicaux et bientôt plaques muqueuses de l'amygdale. Lewin termine en remarquant que « si la malade avait quitté l'hôpital après la guérison de la plaie, et si nous ne l'avions pas gardée jusqu'à l'époque de l'apparition des phénomènes secondaires, on aurait pu considérer ce cas comme un succès de la méthode extirpatrice. » Dans le second cas, il s'agit d'un étudiant chez lequel, au niveau de l'excision d'une induration syphilitique tôt enlevée, il se produisit une tumeur syphilitique pénétrant en forme de fistule dans le corps caverneux et qui résista longtemps à la thérapeutique la plus énergique. En même temps était apparue une syphilide maculo-papuleuse.

Caspary, dans deux cas d'excision de sclérose initiale, n'en a pas moins vu apparaître plus tard une syphilis des plus caractérisées. Dans un troisième cas chez lequel le sujet présentait déjà des symptômes secondaires, il n'en excisa pas moins l'induration et n'obtint, comme on le conçoit d'ailleurs, pas le moindre résultat.

Zarewicz et Krowczynski eurent chacun un insuccès.

Klink rapporte 10 cas d'excisions de chancres indurés d'après le procédé d'Auspitz : ce sont dix insuccès. Relatons-les brièvement.

1° Excision d'une ulcération, non indurée, le 10^e jour après son apparition. Guérison en 14 jours; pas d'induration de la plaie. Deux mois après, syphilis maculo-papuleuse, puis tumeur ? de la gorge. Un an après, paraplégie.

2° Excision d'une ulcération suspecte, mais d'un diagnostic douteux, six

jours après son apparition; pas d'adénite. Cicatrisation en six jours; trois mois après, roséole et plaques muqueuses de la gorge.

3° Excision d'un chancre, d'abord mou, puis induré. Cicatrisation en quatorze jours; 3 mois 1/2 après, accidents syphilitiques secondaires.

4° Excision d'un chancre induré datant de trois semaines. Cicatrisation au bout de trois semaines; trois semaines après, roséole.

5° Excision d'un chancre induré datant de dix-huit jours. Cicatrisation le 7^e jour; quatre mois après, phénomènes secondaires.

A ces 5 cas que nous venons de relater, il en joint 5 autres dont 2 lui appartiennent en propre et 3 ont été empruntés.

En somme, nous voyons que, tant au point de vue pratique qu'au point de vue théorique, la question demeure encore entourée de la plus grande obscurité. Mais nous n'avons pas à revenir sur la partie théorique du sujet que nous avons suffisamment discutée au début. D'ailleurs toutes ces discussions théoriques ne valent pas un fait bien observé; et quant aux arguments tirés de l'analogie, ils ne prouvent pas grand'chose, car, comme le dit très bien M. Fournier: « En science, comparaison n'est pas raison. »

Quant aux résultats tirés de la destruction des chancres, nous avons vu, par la critique détaillée des faits, que le nombre des résultats dits *positifs* est assez limité, et qu'à ces résultats positifs, on peut opposer un grand nombre de résultats négatifs, bien que la cautérisation ou l'excision ait été pratiquée dans les meilleures conditions possibles.

Mais, dira-t-on, il n'en existe pas moins un certain nombre de faits positifs, et un seul fait positif vaut cent faits négatifs. Cela est vrai, mais il est bien difficile en clinique de dire que l'on a certainement affaire à un fait positif. Beaucoup des ennemis de la destruction des chancres objecteront aux observations de leurs adversaires :

1° Que les caractères extérieurs de la lésion ne sont pas toujours suffisants pour juger sa nature; que parfois le diagnostic du chancre infectant est des plus difficiles; que des ulcérations non infectantes, vénériennes ou autres, peuvent s'indurer sous l'influence des causes les plus diverses (agents irritants, etc.); que l'on peut prendre pour des chancres infectants des folliculites exulcérées, œdématisées, simulant l'induration spécifique.

2° Que quelques-uns des sujets des observations ayant été atteints d'un chancre quelques années auparavant, on peut se demander (et cette objection doit tout au moins être présente à l'esprit des unicistes) si ce chancre n'était pas un chancre infectant, et si le prétendu chancre excisé n'était pas un de ces accidents tertiaires de la verge, simulant à s'y méprendre un chancre induré, et qui ont été si bien décrits par M. Fournier.

3° Que l'on n'a pas fait de confrontations pour s'assurer de la véracité du diagnostic.

4° Que la période d'observation a été trop courte. Auspitz admet en effet qu'une observation de quatre mois après le début de l'infection est suffisante. Pour Ricord, Mosny, etc., il faudrait une observation d'au moins six mois.

5° Que même dans les cas où la durée de l'observation a paru suffisante, il n'en est pas moins vrai que les malades n'ont souvent été observés par les médecins qu'à distance, ou par lettres, ou par le récit du malade qui revenait les voir au bout de plusieurs mois et leur disait n'avoir pas été atteint du moindre accident syphilitique. Mais pour quiconque connaît la facilité avec

laquelle les phénomènes syphilitiques passent souvent inaperçus, ces observations considérées comme suffisantes sont loin de l'être. En effet, dans ces périodes d'une durée parfois de plusieurs mois, pendant lesquelles les sujets n'ont pas été observés par les médecins, il a pu se produire, à l'insu des malades, des phénomènes syphilitiques. Enfin on peut appliquer aux malades ce qu'Auspitz applique aux médecins : « *Quod sperant opinantur.* »

6° Qu'il est vraisemblable, si l'on songe à l'esprit d'insubordination si fréquent des malades, qu'un certain nombre d'entre eux ont pris des médicaments internes à l'insu du premier médecin consulté, ce qui peut retarder considérablement, ou même faire avorter les phénomènes généraux secondaires.

7° Qu'il existe dans la science, bien qu'exceptionnels, des cas où des chancres, manifestement infectants, n'ont pas été suivis de phénomènes secondaires.

Quant à prétendre, comme le font un certain nombre d'auteurs (Auspitz et Unna, Neumann, Chadzynski, Kölliker, etc.) que si l'excision ne réussit pas, les phénomènes syphilitiques seront le plus souvent atténués, cela est tout au moins hasardé. Outre que le nombre des observations sur lesquelles ils se fondent est de beaucoup insuffisant, ne sait-on pas que la plupart des syphilis actuelles présentent des accidents secondaires bénins. Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que dans les quelques cas publiés par les auteurs, on ait eu affaire à un exanthème maculeux ou papuleux, à un impétigo syphilitique, à des plaques muqueuses? Les syphilides secondaires bénignes étant la règle, les syphilides secondaires graves étant une exception. Il nous semble bien suffisant de voir les accidents « se borner, comme le dit Neumann, à un simple psoriasis palmaire avec angine syphilitique. »

Telles sont les objections que l'on peut opposer à la méthode destructive du chancre infectant, celui-ci une fois bien constaté et induré.

Mais en est-il de même des cas où l'on a affaire à une érosion, à une ulcération suspecte survenue quelque temps après un coït peu sûr? Les observations de Sigmund, Ricord, etc., tendent à établir l'utilité de la cautérisation de ces lésions. Aussi M. Lancereaux dit-il (page 542) : « Faut-il négliger tout traitement local dans la période d'incubation? On pourrait le croire si l'on basait sa règle de conduite uniquement sur l'analogie..... Toutefois, le succès des inoculations successives faites par Wallace, Puche, Lindwurm, démontre que l'immunité résultant de l'infection de l'organisme par le virus syphilitique, n'est pas immédiate, qu'elle ne se produit qu'après un certain temps..... Du reste, l'observation clinique semble conforme à l'expérimentation, Sigmund a établi, sinon d'une façon rigoureuse, au moins avec une grande probabilité, que le virus syphilitique reste local pendant un espace de temps qui varie de un à plusieurs jours, et qui est moins long que la période d'incubation de l'accident primitif. » Aussi, comme le dit Jullien : « Peut-être n'est-ce là que le produit d'une coïncidence, cependant, malgré les arguments théoriques que l'on pourrait m'opposer, je ne crois pas que l'on ait le droit de négliger la chance que peut offrir le caustique employé du premier au troisième jour. »

Mais malheureusement un certain nombre de faits négatifs viennent montrer que, même dans les cas d'infection les plus récents, l'on ne réussit pas toujours ainsi à empêcher la syphilis. Berkley-Hill rapporte un cas où il cautérisa une ulcération du frein environ douze heures après le coït, avec de l'acide nitrique fumant, et où la plaie s'indura néanmoins et fut suivie d'une

syphilis des plus nettes. Lindwurm, Diday signalent des cas analogues. Julien relate une observation qui montre d'une façon frappante la rapidité avec laquelle se fait l'absorption. Nous ne pouvons mieux faire que de la reproduire brièvement : « Le Dr X..., spécialiste éminent, portait sur un doigt une petite érosion saignante. Un chancreux étant venu le consulter, M. X... eut soin pendant l'exploration de l'ulcère, de tenir en arrière le doigt blessé. Mais au bout de quelques minutes, il constata la présence d'un second chancre sur le scrotum, juste en contact de la solution de continuité qu'il avait voulu préserver. Dès qu'il s'en aperçut, M. X... recourut aux ablutions les plus complètes, les plus attentives, et s'efforça de rejeter hors de la plaie tout ce qui avait été déposé à sa surface. Ce fut en vain, bien que quelques minutes à peine se fussent écoulées, le cheminement du virus avait eu le temps de se produire et l'infection suivit son cours. Ce fait, que la situation scientifique de son auteur met au-dessus de toute contestation, établit catégoriquement, ce nous semble, que l'absorption commence en même temps que l'acte contagionnant s'accomplit. Dès ce moment, le virus circule avec le sang et va s'y multiplier. La première conséquence de cette prise de possession de l'organisme est sa saturation, phénomène latent, qui se produit de 15 à 20 jours après la contagion, et constitue un nouvel ordre de preuves pour le fait que nous avançons. »

Mais, disent les partisans de la destruction du chancre, si, en détruisant l'ulcère primitif vous ne faites pas avorter la maladie, au moins vous ne risquez rien ; en admettant que vous ne fassiez pas de bien, vous ne faites pas de mal. A cela, leurs adversaires répondent qu'il faut respecter les lésions des syphilitiques, qu'il faut éviter les traumatismes chez ces malades. Si cette objection peut avoir de la valeur plus tard pour les sujets atteints de cachexie syphilitique et pour les opérations importantes, il ne semble pas, d'après les résultats obtenus par Auspitz, Kolliker, Hüter et M. Cornil, qu'il en soit de même pendant la période d'état du chancre. Le plus souvent, la plaie d'excision s'est cicatrisée admirablement, très souvent par première intention ; les complications (bien qu'il semble que dans quelques cas, l'opération ait amené des adénites suppurées), sont excessivement rares. D'ailleurs, des lésions plus tardives (plaques muqueuses de l'amygdale de la vulve, papules syphilitiques, etc.), comme nous l'avons vu, alors que nous avions l'honneur d'être interne de M. Cornil à l'hôpital de Lourcine, peuvent être excisées impunément.

Mais, si ces opérations (cautérisation, excision) ne sont pas à redouter au point de vue de leurs complications, il n'en est peut-être pas de même au point de vue du résultat ultime local, au point de vue de la cicatrisation, en un mot. Le résultat définitif de la destruction du chancre par la cautérisation ou l'excision est de produire toujours une cicatrice plus ou moins grande et toujours très apparente. Or, le chancre infectant, lorsqu'on lui permet d'évoluer sans obstacles, ne laisse le plus souvent pas de cicatrice ou une cicatrice à peine apparente. Comme le font très bien remarquer MM. Fournier, Langlebert, Julien, le praticien doit toujours avoir présents à l'esprit les inconvénients qui peuvent résulter de ces larges et indélébiles stigmates « témoins irrécusables d'un mal que l'on a toujours intérêt à cacher ». Aussi Julien va-t-il jusqu'à dire que, même pour le chancre mou, cette considération jointe à d'autres « contribue singulièrement à faire restreindre l'emploi d'une méthode, dont les indications exagérées il y a vingt ans, se restreignent de jour en jour. »

Quoi qu'il en soit, malgré l'incertitude des résultats, malgré les inconvénients de la destruction du chancre, l'enquête doit se poursuivre. Elle se poursuit en France en ce moment, mais d'après les résultats que nous avons pu recueillir (grâce à l'obligeance de MM. Quinquaud, Terrillon et Mauriac) elle ne semble pas favorable à la méthode abortive.

M. Quinquaud (communication orale) a excisé en 1879 et 1880, trois chancres dès le début de leur apparition (du 4^e au 5^e jour). Il n'en est pas moins survenu dans les trois cas des accidents syphilitiques des plus nets.

En juin 1880, un médecin vint trouver M. Terrillon pour le prier de lui enlever un chancre induré du prépuce apparu tout récemment. Malgré l'excision, des accidents syphilitiques secondaires manifestes se montrèrent quelque temps après.

M. Mauriac a excisé 11 chancres infectants, dans une période rapprochée du début de leur apparition, sans avoir pu empêcher par cette opération les accidents syphilitiques ultérieurs.

Enfin, voulant savoir quelle était l'opinion actuelle de l'illustre syphilographe qui, pendant un temps de sa longue carrière, a préconisé la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis (voir plus haut), nous avons été trouver M. Ricord. Ce grand maître, avec une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier, nous a dit « qu'il était complètement revenu de la pratique qu'il avait de cautériser ou d'exciser les chancres infectants. Qu'il considère comme absolument inutile la destruction du chancre infectant, à quelque époque de son apparition que ce soit; dès qu'il est apparu, avant son apparition même, la syphilis existe. L'on aurait beau amputer la verge du malade dès l'apparition du chancre infectant, la syphilis ne s'en produirait pas moins. »

REVUE FRANÇAISE.

DERMATOLOGIE.

DU RÔLE DES MICROBES DANS LE FURONCLE AURICULAIRE ET LA FURONCULOSE GÉNÉRALE. — APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES, par M. LÖEWENBERG. — Académie des sciences. — (*Courrier médical*, 9 octobre 1880.)

M. Löwenberg, ayant retrouvé, dans le furoncle du conduit auditif, le microbe découvert, il y a quelque temps déjà, par M. Pasteur dans les furoncles des autres régions, pense qu'il doit être considéré comme l'agent essentiel de la multiplication de ces petits abcès. Il y aurait là un phénomène d'autocontagion, c'est-à-dire que le pus s'échappant du furoncle ouvert, se répandrait à la surface de la peau en charriant les microbes spécifiques. Que ceux-ci trouvent à se loger dans un ou plusieurs follicules pilosébacés, il n'en faudra pas davantage pour que l'on voie paraître un ou plusieurs furoncles. Conclusion : le furoncle est essentiellement contagieux. Comme moyen prophylactique, M. Löwenberg conseille de fendre le furoncle dans toute son épaisseur et de faire ensuite des lotions avec une solution d'acide thymique ou d'acide borique. Pour combattre la furunculose générale, il emploie les mêmes lotions appliquées au corps tout entier.

F. COGNARD.

DE LA CONTAGION DU FURONCLE. — Recherches de M. TRASTOUR. (*Courrier médical*, 27 novembre 1880.)

M. E. Trastour vient, de son côté, de publier quelques faits de nature à confirmer la théorie de la contagion du furoncle. C'est à l'Académie des sciences qu'il a communiqué les observations dont nous allons donner un résumé succinct.

En 1875, une religieuse eut un anthrax au siège ; cinq sœurs étaient

chargées des pansements : deux d'entre elles lavaient les plaies et aussi les linges à cataplasmes ; toutes deux eurent un ou plusieurs furoncles aux doigts et à la main. Deux autres sœurs eurent aussi des furoncles aux avant-bras et au visage.

La cinquième infirmière n'eut pas d'accident du même genre : c'est que, pendant la guerre, elle avait eu, après avoir soigné un malade atteint d'anthrax grave, des furoncles à tous les doigts. Instruite par ce fait, elle avait cette fois pris la précaution de mettre les linges contaminés tremper longtemps dans un grand bassin d'eau, et d'employer un morceau de bois pour les nettoyer.

Ces observations prouvent bien que le furoncle est contagieux ; la dernière donne une importance capitale à celles qui précèdent, dont elle est comme la contre-épreuve. Quant à l'agent de la contagion, c'est fort probablement le microbe décrit par M. Pasteur. F. C.

DU PEMPHIGUS ET DU POLYMORPHISME DANS LES MALADIES DE LA PEAU,
par le Dr LANDOWSKI. (*Journal de thérapeutique*.)

On a déjà publié un grand nombre d'observations démontrant la coexistence de plusieurs maladies de la peau chez le même sujet, et ce sont là des faits plus fréquents qu'on ne le croit en général. M. Landowski relate aujourd'hui l'histoire pathologique d'une malade du service de M. Hardy, atteinte à la fois d'érythème simple, d'érythème papuleux, d'herpès iris, d'urticaire et de pemphigus.

Cette femme est âgée de 43 ans ; n'est ni alcoolique, ni syphilitique ; pas d'antécédents dartreux ou arthritiques. Elle est un peu nerveuse, mais n'a jamais eu d'atteintes hystériques bien caractérisées. Pour la première fois en 1877, elle fut prise, à la suite d'une émotion morale, d'urticaire qui disparut bientôt.

Le 1^{er} novembre 1880, elle s'aperçut de la présence à la peau de quelques taches rouges disséminées çà et là, et de plus, dans certains points, de petits soulèvements épidermiques, de petites bulles.

Elle entra à l'hôpital le 5 novembre, et l'on porta le diagnostic de pemphigus. On pouvait alors suivre toute l'évolution de l'affection ; depuis la naissance des bulles, jusqu'à leur destruction et la formation d'une croûte. Mais en examinant attentivement la malade, on aperçoit sur le thorax et l'abdomen de larges plaques rouges, formées de l'agglomération de plusieurs plaques plus petites. Ce sont des plaques d'érythème qui lui-même présente plusieurs variétés. Ici il revêt la forme

circinée; ailleurs c'est de l'érythème papuleux; en d'autres points enfin la rougeur est uniforme, sans saillie aucune, c'est de l'érythème simple.

Çà et là, au milieu de la plaque rouge, la peau a sa coloration normale, ou à peu près, et au centre, on note la présence de petites vésicules reposant sur un fond légèrement rouge : l'ensemble a l'aspect d'une cocarde; c'est de l'herpès iris.

La malade éprouve parfois la nuit des démangeaisons que l'on peut vraisemblablement rapporter à de l'urticaire.

Malgré ces lésions diverses et généralisées, l'état général est relativement sain, sauf une légère élévation de température et un peu d'inappétence. M. Hardy ne considère pas l'existence de l'érythème et du pemphigus comme une simple coïncidence. Il voit là comme une chaîne non interrompue dont l'érythème simple formerait le chaînon d'une extrémité, tandis que le pemphigus serait à l'autre bout. Il n'y a là, pour lui, qu'une différence dans la quantité du travail physiologique dont l'exagération transformerait la simple congestion de l'érythème en phénomènes plus compliqués du pemphigus.

Le pronostic, dans le cas de la malade, comme pour tout pemphigus aigu en général, est bénin. Le traitement est local et général. On administrera une tisane rafraîchissante de chiendent avec un peu de nitre, et du bicarbonate de soude, un gramme avant chaque repas. En somme, comme dans toutes les fièvres éruptives, à moins d'indications spéciales, on se bornera à une expectation active, en combattant les complications gastriques et l'état fébrile. Quant au traitement local, il doit avoir pour but de sécher la peau : on arrivera à ce résultat en employant le liniment oléocalcaire, en saupoudrant les parties atteintes avec la poudre d'amidon que l'on rendrait antiseptique en y ajoutant un peu d'acide borique ou de borate de soude.

L'étiologie, chez la malade en question, paraît assez nette, et bien que l'on n'ait pas observé souvent de pemphigus, suite d'émotion morale, on n'en est pas moins autorisé à penser que l'élément nerveux a joué un certain rôle dans l'apparition de l'affection. A ce propos, l'auteur rapporte des exemples de dermatoses résultant d'une cause émotive, et, entre autres, celui qu'il a communiqué au Congrès de Reims (*Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences*) : il s'agissait d'un jeune homme qui, par suite d'une frayeur excessive, a été atteint d'un purpura à forme gangréneuse, et qui, dans l'espace de quelques jours, a perdu le prépuce, le gland et la moitié de la verge. Nous avons nous-même, durant notre internat dans le service de M. Héraud, à l'Antiquaille, observé des exemples trop frappants de psoriasis survenu à la

suite d'émotion morale vive, pour pouvoir douter du rôle immense que joue l'action nerveuse dans la production des maladies de la peau.

F. C.

DE L'ECZÉMA QUINIQUE. (*Journal de thérapeutique.*)

Cette affection a été étudiée, pour la première fois, par M. Chevallier en 1830, puis par Bazin, Potain, Bergeron; enfin M. Ackermann a eu l'occasion de l'observer fréquemment dans l'une des grandes usines de Paris qui fabriquent le sulfate de quinine. L'eczéma qui atteint les ouvriers employés à la fabrication de ce produit apparaît brusquement, sans indice précurseur.

Rougeur et gonflement, tels sont les premiers symptômes que l'on observe au visage, aux mains, sur les avant-bras; bref, sur les parties découvertes; le cou, les organes génitaux, le tronc sont rapidement envahis.

Il existe bientôt de vastes surfaces semées de nombreuses vésicules, d'où la sérosité s'écoule abondamment; çà et là se rencontrent de véritables pustules et des croûtes.

Les yeux sont injectés, larmoyants; les paupières œdématisées; les narines pleines de croûtes.

La température est cependant normale; l'état général reste bon: le malade souffre, mais n'a pas perdu l'appétit et n'éprouve nullement les symptômes de l'intoxication par le sulfate de quinine: bourdonnements d'oreilles, surdité, vertiges. L'éruption, du reste, ne rappelle pas celle de l'intoxication quinique, laquelle n'est qu'un érythème s'effaçant sous la pression du doigt. L'eczéma quinique récidive fréquemment: les fabricants doivent donc renvoyer les ouvriers à la première éruption.

Tous les sujets ne sont pas influencés également par les vapeurs quiniques. Il faut une prédisposition qui favorise l'action toute locale de ces vapeurs sur la peau.

Le traitement est des plus simples: éloigner le malade de l'usine; faire de la révulsion sur le tube digestif; employer, comme topiques, la fécule et le bain d'amidon, c'est là la seule conduite à tenir: le malade sera bientôt guéri, et pour toujours, s'il ne reprend pas son travail dans l'usine. On a pourtant cité le cas d'un individu, atteint plusieurs années auparavant d'un eczéma quinique, chez lequel l'affection reparut à la suite de l'administration, à l'intérieur, du sulfate de quinine.

Quant à la fièvre quinique, on ne l'a signalée jusqu'ici qu'à Francfort-sur-le-Mein, chez les ouvriers employés à broyer les écorces de quinquina : elle n'est nullement prouvée et n'a jamais été observée en France.

F. C.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES SUR LE ZONA, par le D^r FABRE, de Comimentry. (*Journal des Connaissances médicales.*)

A quelle époque de l'année se manifeste le plus souvent le zona? — Le zona est-il une affection de la vieillesse, de l'âge adulte ou de l'enfance? — Quel est le siège de prédilection de l'affection? — Ces sont là des questions qui ont reçu des solutions bien différentes : les uns, en effet, et parmi eux Rayet, admettent que le zona est plus fréquent dans les saisons chaudes, tandis que d'autres croient qu'on l'observe plus souvent au printemps ou en hiver; — le zona serait, suivant quelques auteurs, une maladie de la vieillesse; pour d'autres, au contraire, l'enfance y serait plus spécialement prédisposée. *Tot capita, tot sensus.* L'auteur dit avoir réuni quarante observations de zona; il a noté soigneusement l'âge, le sexe des malades; les conditions dans lesquelles ceux-ci se trouvaient au moment de l'apparition de l'éruption; la disposition, la forme et le siège de l'affection, et il est arrivé à cette conclusion que les conditions étiologiques du zona ne peuvent être exactement précisées, les opinions émises jusqu'ici sur ce sujet ne reposant pas sur un nombre d'observations suffisant.

Nous donnons ci-dessous un résumé, sous forme de tableaux, des observations recueillies par M. Fabre; il suffira d'y jeter un coup d'œil pour voir combien est fondée la conclusion de l'auteur :

SAISONS.

Printemps.	Été.	Automne.	Hiver.
12 cas.	8 cas.	9 cas.	7 cas.

AGE. (Sur 39 cas.)

Sujets au-dessous de	21 ans.	13 cas.
— de	21 à 31 »	7 »
— —	31 à 41 »	4 »
— —	41 à 51 »	5 »
— —	51 à 61 »	7 »
— —	61 à 71 »	2 »
— au delà		1 »

SIÈGE. (Sur 40 cas.)

19 fois le zona	siégeait au thorax.	}	21 fois à droite.
9 — —	à l'abdomen.		
2 — —	à la tête.	}	49 fois à gauche.
6 — —	au membre supérieur.		
4 — —	au membre inférieur.		

Sur ces quarante cas, une seule fois le zona était double et siégeait à la fois sur un des côtés du thorax et sur la cuisse du côté opposé.

Quant au sexe, l'auteur a noté une plus grande proportion en faveur du sexe masculin; mais on doit remarquer qu'il lui a été donné de voir un bien plus grand nombre d'hommes, tant à l'Asile des convalescents de Vincennes qu'à l'Hôpital militaire. A Commentry, il a vu des malades de l'un et l'autre sexe, en nombre à peu près égal, et il a rencontré :

11 cas de zona chez l'homme.
9 — — la femme.

En présence de ces faits, on ne peut affirmer qu'une chose, c'est la fréquence plus grande du zona sur le thorax que partout ailleurs. Quant à l'influence de l'âge, du sexe, de la saison, il n'y a, comme on le voit, absolument rien de fixe.

F. C.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU LUPUS.

(Société des Sciences médicales de Lyon, juillet 1880.)

M. Chandelux communique à la Société le résultat de ses recherches sur la structure du lupus : il a pu voir que le lupus est formé par des tubercules se développant dans le derme, et évoluant ultérieurement vers l'état caséux ou vers l'état fibreux. On peut donc considérer cette affection comme une manifestation cutanée locale de la tuberculose, ainsi que l'ont avancé Friedlander, Koster et d'autres auteurs allemands. (*Lyon médical.*)

ÉRYTHÈMES GÉNÉRALISÉS A LA SUITE D'IRRITATIONS CUTANÉES LOCALES,
par le Dr LARMANDE, de Paris. (*Journal de médecine et de chirurgie
pratiques.*)

L'auteur, ayant à traiter une malade atteinte de phlegmon du creux de l'aisselle, prescrivit des onctions avec de l'onguent napolitain belladonné. Trois jours après survenait une éruption scarlatinoïde sur le cou, le tronc et les membres, sans élévation de température. — Au niveau du phlegmon, l'épiderme était entièrement soulevé, par suite de la confluence des vésicules blanches produites par l'onguent napolitain. — Il y avait donc coïncidence des deux phénomènes : 1° vésicules hydrargyriques sur le lieu d'application du topique ; 2° éruption scarlatinoïde généralisée, dépendant de la belladone.

L'auteur rappelle, à propos de ce fait, les nombreux cas d'eczéma aigu généralisé, observés à la suite d'applications de vésicatoires, emplâtres divers, eau sédative, teinture d'Iode, etc. — Les sujets sont généralement prédisposés : l'irritation artificielle ne fait que réveiller la diathèse ; aussi faut-il étudier les prédispositions de son malade avant de prescrire des topiques, même les plus indiqués par l'état actuel et les plus usités dans la médecine courante.

F. G.

UN CAS DE MYCOSIS FONGOÏDE. — Académie de médecine. — Communication de M. HILLAIRET.

M. Hillairet présente un malade, âgé de 43 ans, ayant eu autrefois plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, prétendant avoir été atteint de syphilis (dont on ne retrouve, d'ailleurs, aucune trace), et n'ayant jamais présenté de manifestations dartreuses. Le début de l'affection actuelle remonte à un an : à cette époque, il vit apparaître, sur les épaules et la partie antérieure de la poitrine, des plaques rouges, qui augmentaient d'étendue et d'épaisseur, et finirent par constituer de véritables tumeurs. Actuellement, les jambes, la face, le cuir chevelu, la peau de la verge et du scrotum sont indemnes, mais tout le reste du corps est envahi. Les tumeurs sont mollasses, rouges, pédiculées.

L'état général est bon ; tous les organes sont normaux ; le cœur bat 112 pulsations. Le chiffre des globules sanguins est de 4,597,200 par millimètre cube.

Le sang, pris au niveau d'une tumeur, montre une quantité énorme

de cellules lymphoïdes, petites, accumulées en flots, entre lesquels se trouvent des piles de globules rouges.

F. C.

DU TRAITEMENT DE L'ACNÉ VARIOLIFORME. — (Société des Sciences médicales de Lyon, juillet 1880.) — (*Lyon médical.*)

M. Renaut lit, au nom de M. Besnier, une lettre concernant le traitement de l'acné varioliforme. M. Besnier demande des renseignements sur l'énucléation de ces petites tumeurs, telle que la pratiquent MM. Horand et Aubert. Pour lui, il avait recours jusqu'ici à la petite curette de Volkmann; pourtant si l'énucléation est préférable et met aussi bien à l'abri de la récurrence, si elle est en même temps aussi peu douloureuse et aussi satisfaisante dans son résultat immédiat, il n'hésitera pas à lui donner la préférence.

M. Horand dit qu'il accepte volontiers le procédé de l'ablation par la curette de Volkmann, qui ne diffère pas, en somme, de l'expression par pression de la base de la tumeur avec les ongles, telle qu'il l'a toujours pratiquée. Ces deux méthodes sont bien préférables à l'ablation par les ciseaux que préconisait M. Renaut. Cette ablation est inutile et fait enlever plus de peau qu'il n'est nécessaire.

M. Dron dit avoir toujours énucléé ces petites tumeurs avec les ongles. Il s'en est toujours bien trouvé.

F. C.

SUR LE RÔLE ATTRIBUÉ AU MAÏS, EMPLOYÉ COMME ALIMENT DANS LA PRODUCTION DE LA PELLAGRE. — Académie des sciences, 23 octobre 1880. — (*Courrier médical.*)

M. Faye, pendant un voyage en Italie, a pu observer avec quelle remarquable intensité la pellagre sévissait sur les paysans. Il s'est demandé s'il n'y aurait pas une relation entre la fréquence de cette affection et le mode d'alimentation: on sait que les paysans d'une partie de l'Italie se nourrissent presque exclusivement de *polenta*. On se rappelle également, qu'à une époque qui n'est pas très éloignée, les paysans des Landes se nourrissaient d'une sorte de bouillie de millet, analogue à la polenta, la *cruchade*, et qu'eux aussi étaient assez souvent atteints de pellagre.

Pour M. Faye, la cruchade et la polenta sont nuisibles uniquement parce qu'elles n'ont pas subi une fermentation préalable : la digestion en est plus pénible que celle du pain ; la nutrition est en souffrance, en sorte que chez des individus qui se trouvent, d'ailleurs, dans des conditions hygiéniques déplorables, il en peut résulter une affection particulière analogue, sinon identique, à la pellagre.

M. Fua pense que la nourriture exclusive de maïs azyme ne peut exercer de fâcheuses influences dans l'économie d'individus même débiles ; ceci serait en contradiction avec les faits. F. C.

L'ACIDE PHÉNIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE. — (*Courrier médical*, 30 octobre 1880.)

M. Frissart a vu des galeux, atteints d'affections chirurgicales et traités par le pansement de Lister, guéris de leur gale par les lotions phéniquées. Il a fait, dans le service de M. Lailler, à l'hôpital Saint-Louis, des recherches à ce sujet. Il a rapporté dix observations de galeux guéris par des frictions avec un mélange d'huile d'olive ou d'amandes douces et d'acide phénique.

Acide phénique cristallisé	3 grammes.
Huile d'olive	300 —

Les solutions plus concentrées sont inutiles ou mêmes dangereuses, car elles peuvent provoquer une irritation assez vive.

Deux frictions suffisent pour obtenir la guérison.

F. C.

SYPHILIGRAPHIE.

QUATRE OBSERVATIONS DE SYPHILIS CÉRÉBRALE, par le professeur BERNHEIM.
(*Revue médicale de l'Est.*) (Résumé.)

Bien que les faits de syphilis cérébrale publiés dans ces dernières années soient déjà très nombreux, l'auteur a pensé qu'il n'était peut-être pas sans intérêt de donner en détail l'observation de quatre malades, qu'il a eus récemment dans son service, atteints tous quatre de syphilis cérébrale, et chez lesquels l'affection s'est manifestée par des symptômes variés, qu'il a été assez heureux pour voir rétrocéder graduellement sous l'influence de la médication instituée.

1^{re} observation. — La 1^{re} est celle d'un jeune homme, qui, moins d'un an après le chancre, fut pris d'hémiplégie droite, se dissipant au bout de peu de temps pour revenir de même par accès pendant 2 semaines. Ces premiers accidents cédèrent facilement aux frictions mercurielles. État satisfaisant jusqu'à la fin de l'été de la même année. A ce moment, le malade se plaignit d'engourdissement dans la main droite et fut soumis à un traitement par l'iodure de potassium. Le 14 novembre 1878, il eut une perte de connaissance avec parésie du côté gauche, qui se dissipa rapidement; dans la nuit, il éprouva une certaine lourdeur dans le côté gauche de la face et de la difficulté à parler. Le lendemain, on constatait une hémiplégie faciale gauche, avec déviation de la bouche et de la langue; parésie du membre supérieur gauche; membre inférieur intact. La déglutition des solides est presque impossible.

On prescrivit une friction avec 4 grammes d'onguent napolitain, tous les 2 jours. Iodure de potassium, 3 grammes par jour.

Le lendemain, les symptômes s'étaient aggravés; mais au bout de 8 jours, c'est-à-dire après la quatrième friction, la déglutition était de nouveau possible; l'hémiplégie faciale moins accentuée. Il n'y eut plus d'accès intermittents. Mais, sous l'influence d'émotions morales, d'un accès de colère, par exemple, l'articulation des mots devenait plus difficile et la déviation de la face s'accroissait.

Un mois après le début du traitement, le malade ne ressentait plus rien, sauf, tous les 4 ou 5 jours, une sensation de picotements ou de frémissements passagers dans l'un ou l'autre côté de la face et dans le bras correspondant.

Il est évident, dit M. Bernheim, qu'il s'agit là d'une lésion qui, sans avoir altéré matériellement les zones motrices corticales ou centrales du cerveau, est susceptible de suspendre pour un certain temps la fonc-

tion de l'une de ces régions. Or, on sait que l'arrêt de la circulation dans l'un des territoires vasculaires de l'encéphale en suspend momentanément la fonction, et produit une paralysie correspondante si le territoire privé de sang appartient à la zone motrice. La syphilis détermine ce trouble fonctionnel par l'altération des artères de l'encéphale (Jakson, Wilks et Moxon, Baumgarten, Lancereaux, Cornil, Heubner). L'endarterite syphilitique consiste dans une prolifération cellulaire, entre l'endothélium et la membrane fenêtrée, qui soulève l'endothélium, de manière à former un bourgeon latéral oblitérant plus ou moins la lumière du vaisseau, d'où gêne de l'irrigation sanguine des territoires correspondants et anémie partielle du cerveau, anémie qui peut être transitoire et ne pas aboutir à la nécrobiose. On s'explique aisément que, sous l'influence d'un spasme vasculaire dû à une émotion morale, le vaisseau rétréci et pauvre en sang venant à s'affaïsser, la fonction qu'il entretenait se suspende pour quelque temps.

De là aussi découle ce corollaire thérapeutique : qu'il faut à ces malades une hygiène spéciale, consistant dans l'éloignement de toutes les causes capables de créer une excitation morbide pour le cerveau, telles qu'excès vénériens, émotions morales, etc., bref le repos cérébral dans toute sa rigueur, ainsi que le prescrit M. Fournier.

2^e observation. — Il s'agit d'un malade qui, ayant contracté un chancre en 1874, n'eut aucun autre accident que des plaques muqueuses jusqu'en 1878, époque à laquelle il eut une perte subite de connaissance déterminant une chute. Peu à peu il se rétablit, mais deux mois plus tard la vision commençait à s'altérer. Au moment où il entra à l'hôpital, on constata une dilatation de la pupille gauche plus considérable que du côté opposé ; strabisme externe de l'œil gauche ; les mouvements en haut et en bas étaient très bornés ; blépharoptose incomplète. Déviation légère de la commissure labiale gauche.

Depuis quelques jours, douleurs au niveau du pariétal gauche.

Quand le malade marchait les yeux ouverts, il y avait de l'incertitude, il élargissait la base de sustentation et disait éprouver une sensation de vertige.

Traitement. — Tous les 2 jours, 30 grammes de sulfate de soude, pendant une semaine. Au bout de ce temps, 5 grammes d'iodure de potassium, et frictions mercurielles tous les 2 jours. Après 8 jours du traitement spécifique, la douleur pariétale gauche avait complètement disparu.

L'état des yeux était le même. La marche était moins incertaine ; mais le malade éprouvait toujours une sorte d'impulsion vers le côté gauche. Vingt jours plus tard, tous les accidents avaient disparu ; seuls, le strabisme et la dilatation pupillaire persistaient, bien qu'à un plus faible degré.

Les symptômes mentionnés permettent de localiser la lésion dans le nerf moteur oculaire commun gauche et dans le cervelet. L'auteur

pense qu'il est impossible de préciser davantage, et de dire si l'on avait affaire à une méningite scléreuse diffuse de la base ou à des tumeurs gommeuses envahissant le cervelet et le nerf en question.

Quant à ce qui est des troubles persistant après la guérison, le strabisme et la dilatation de la pupille, il est probable qu'ils sont dus à des lésions définitives que le traitement aurait pu entraver au début, mais qu'il est impuissant à réparer actuellement.

3^e observation. — La malade qui fait le sujet de cette observation est âgée de 57 ans; elle a commencé, il y a 4 ans, à ressentir de la céphalalgie frontale et pariétale, du côté droit, avec sensibilité cutanée excessive à ce niveau. En même temps se serait développée, vers l'angle fronto-pariétal antérieur droit, une tumeur qui s'ouvrit et donna issue à un liquide sanguinolent. (La cicatrisation est aujourd'hui complète, sauf un petit trajet fistuleux.) De cette région, les douleurs s'irradiaient vers la mâchoire supérieure et les dents: la malade croyant que celles-ci étaient la cause du mal, s'en fit, sans résultat, extraire cinq.

Un an après le début de la maladie, surviennent des secousses convulsives, durant de quelques minutes à une heure, commençant par l'œil gauche, la mâchoire et gagnant le bras gauche. Ces accès, d'abord fréquents, devinrent plus rares (trois ou quatre seulement par mois).

Depuis lors, les facultés intellectuelles du sujet se sont progressivement affaiblies: elle est en proie à des hallucinations; elle délire parfois.

Il y a 6 mois, elle eut une attaque convulsive généralisée à la suite de laquelle elle resta paralysée du bras droit pendant 4 jours.

Enfin, voilà 3 mois qu'elle a des oublis fréquents.

La dernière crise convulsive date de 6 jours; elle a laissé une paralysie de la sensibilité et du mouvement au bras gauche, que l'on note lors de l'entrée de la malade à l'hôpital. A ce moment aussi, l'hémiplégie faciale gauche est très manifeste. Rien au membre inférieur.

Au niveau de la cicatrice frontale, on peut, à l'aide d'un stylet, reconnaître la présence d'un séquestre.

Traitement. — Iodure de potassium, 2 grammes d'abord, puis 4 grammes. Frictions hydrargyriques.

Dès la sixième friction, la douleur de tête a disparu.

L'intelligence redevient normale ainsi que toutes les fonctions.

Bien que l'accident initial ait échappé à la malade, la syphilis n'est pas douteuse: l'influence du traitement suffit à la démontrer, d'ailleurs; la céphalalgie intense et localisée, rebelle à tous les autres traitements, et l'épilepsie partielle sont là pour attester que le diagnostic était exact.

Ch. Bernheim rattache les accidents cérébraux observés à une pachyméningite gommeuse siégeant au-dessous de la rondelle osseuse malade du pariétal: celle-ci correspondait précisément à la région corticale motrice avoisinant le sillon de Rolando. L'épilepsie partielle

trouve là son explication. Les troubles psychiques, la déchéance intellectuelle progressive trouvent leur interprétation dans la propagation de l'inflammation aux méninges de la convexité de l'encéphale.

En résumé, ostéo-périostite crânienne vers l'angle fronto-pariétal antérieur, pachyméningite gommeuse consécutive, intéressant par contiguïté la zone corticale motrice, méningo-encéphalite diffuse : tels paraissent avoir été l'évolution anatomique et l'enchaînement des lésions.

4^e observation. — Le dernier malade a contracté la syphilis il y a un an. Depuis, il est triste, abattu, hébété; il a des cauchemars, du délire la nuit. Il se plaint de céphalée opiniâtre. Pas de tremblement de la langue ni de déviation des traits. Parésie du membre supérieur droit; sensibilité diminuée. Urines et selles involontaires. Titubation pendant la station, mouvement de recul irrésistible pendant la marche.

Le corps est encore couvert d'une syphilide papuleuse. Adénopathie généralisée. Plaques muqueuses buccales.

Traitement. — Iodure et frictions mercurielles.

Après 5 frictions, au septième jour du traitement, amélioration sensible : l'intelligence est plus nette.

Le 8^e jour, le malade marche sans éprouver de la rétropulsion. Il mange seul. La syphilide pâlit.

Au bout de 2 mois, soit après 23 frictions, la guérison fut complète.

De l'ensemble des symptômes observés, et brièvement exposés ci-dessus, il résulte que le malade était atteint de méningite subaiguë. De plus, la titubation cérébelleuse semble indiquer une lésion gommeuse ou scléreuse au niveau du cervelet.

Cette observation est à rapprocher de l'observation I^{re}, qui elle aussi se rapporte à une syphilis précoce : dans les 2 cas, en moins d'un an, l'affection a abouti aux lésions graves de la période ultime ; dans les 2 cas aussi, le traitement par les frictions mercurielles a conjuré les accidents et donné ce que l'on attendait de lui.

On comprendra, après avoir lu le résumé du travail de M. le professeur Bernheim, que nous soyons entrés dans quelques détails. Ce sont là, en effet, des observations qu'il importe de ne pas laisser ignorer au praticien, qui doit pouvoir reconnaître la syphilis sous chacune des formes qu'elle a affectées chez les malades du professeur Bernheim. Chacune d'elles est un type clinique distinct : la première, d'hémiplégie intermittente ; la deuxième, de paralysie de nerfs crâniens avec titubation cérébelleuse ; la troisième, de la forme épileptique compliquée de troubles psychiques ; la dernière, enfin, de méningite subaiguë avec titubation et rétropulsion cérébelleuse.

F. C.

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SOLUTIONS MERCURIELLES, par le D^r TERRILLON. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Il y a quelques mois à peine, notre ami, le D^r Magnanon, entreprenait une série d'expériences et recueillait des observations dans le but de juger de la valeur des injections hypodermiques de sublimé dans le traitement de la syphilis. Ce fut là le sujet de sa thèse inaugurale, thèse qui, nous sommes heureux de pouvoir le proclamer, lui valut les félicitations de la Faculté. Il était arrivé à porter un jugement absolument défavorable à la méthode, et, selon lui, on devait en restreindre l'emploi aux seuls cas qui résistaient au traitement ordinaire continué avec persévérance. « Nous reprochons, dit-il en terminant, à ce mode thérapeutique :

- « 1^o La difficulté de la préparation ;
- « 2^o Son altérabilité ;
- « 3^o Les phénomènes locaux consécutifs à l'injection, principalement la douleur, souvent intolérable ;
- « 4^o Les troubles organiques que ce procédé détermine ;
- « 5^o La cherté de la médication, et les embarras qu'elle donne au praticien. »

Nous trouvons, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un travail de M. Terrillon sur le même sujet, travail publié à la même époque que celui du D^r Magnanon. L'auteur rapporte 21 observations de syphilis traitées par les injections hypodermo-hydrargyriques dans son service de Lourcine. Les conclusions auxquelles il a été amené, pour ne pas être complètement analogues à celles de notre ami, ne sont guère plus favorables. L'auteur ne se prononce pas d'une façon définitive : il attend d'autres expériences, et se borne à constater que si l'on observe de la douleur à la suite des injections, elle est, en général, modérée ; il n'a, d'ailleurs, jamais eu d'accidents sérieux, tels qu'abcès ou eschares. À ce point de vue là, par conséquent, pas d'objections à faire à la méthode. La plus sérieuse, selon lui, réside dans la difficulté de la préparation et la conservation de la solution de peptone ou d'albumine ; il est disposé à entreprendre de nouvelles recherches et fera de nouveaux essais pour trouver une autre solution de sel de mercure.

Il nous sera permis, jusqu'à nouvel ordre, de nous rallier complètement aux conclusions de M. Magnanon : les injections hypodermiques de mercure doivent être réservées aux cas de vérole grave dans lesquels

le mercure a été, en vain, longtemps administré par les voies naturelles.

F. G.

NOTE SUR DEUX CAS DE SYPHILIS DES ALVÉOLES DENTAIRES,
par M. AGUILHON DE SARRAN. (*France médicale.*)

Les lésions tertiaires, ayant pour siège la membrane qui réunit la dent au maxillaire et les tissus avoisinants, sont rares. Elles présentent cependant un grand intérêt à cause de leur situation spéciale, de leur forme caractéristique et de l'importance du diagnostic.

L'auteur a observé deux cas de syphilis alvéolaire dont nous allons donner un résumé :

I. — Chez le premier malade, la gencive a, il y a 6 semaines, présenté un peu de gonflement, puis la dent (incisive) s'est ébranlée légèrement et a fini par tomber ; les autres se sont ébranlées aussi.

Au niveau de la dent perdue, la gencive offre une vaste échancrure dont les bords rouges, épais, sont coupés nettement. L'alvéole est remplie d'une matière blanchâtre dont l'aspect rappelle celui des fausses membranes. Le stylet tombe sur une large surface osseuse nécrosée et mobile. Le tout baigne dans un liquide séro-purulent jaunâtre.

Le malade ne souffre pas.

Avec une pince, on extrait sans peine la paroi alvéolaire tout entière.

A droite, la canine est un peu découverte ; à gauche, l'incisive centrale est un peu mobile ; sa racine est à nu dans les trois quarts de sa hauteur et la moitié de sa largeur.

Le malade a eu la syphilis, il y a 11 ans ; il a été traité alors à l'hôpital du Midi, par M. Liégeois (injections hypodermiques d'une solution mercurielle). Pas d'accidents depuis.

Soumis par M. Aguilhon de Sarran à un traitement par l'iodure de potassium (3 grammes par jour), le malade a été amélioré immédiatement, et au bout de 15 jours la cicatrisation était complète.

II. — Le second malade est venu consulter parce que ses dents du côté droit, en haut, étaient ébranlées. Entre la 1^{re} et la 2^{me} grosse molaire, on voit une cavité profonde tapissée d'une substance blanchâtre. Les deux dents sont très mobiles ; leurs racines sont complètement dénudées dans toute la partie qui borde l'ulcération. Partout ailleurs les gencives sont saines. Pas de symptômes de gingivite expulsive.

Comme l'autre malade, celui-ci a eu la vérole, il y a 11 ans ; comme

lui, il a été soigné par M. Liégeois ; comme lui, il a été traité par les injections hypodermiques. C'est là une coïncidence assez bizarre pour que nous la notions en passant. En quelques jours, la lésion a été modifiée et guérie par l'iodure de potassium.

Ces deux observations suggèrent à l'auteur quelques réflexions sur la symptomatologie et le diagnostic de l'affection qui nous occupe.

Ce qui frappe surtout, c'est la couleur blanche de la gencive au point lésé, couleur analogue à celle des produits diptéritiques. Il n'y a pas d'ulcération proprement dite, mais une simple cavité remplie d'une pulpe mollassée, d'une suppuration séreuse, au fond de laquelle est un séquestre. Les bords de la gencive restée saine sont épais, d'un rouge violacé, nettement découpés en forme de V, ouvert en haut, du côté de la couronne. Les dents les plus voisines de la lésion sont ébranlées par dénudation de leurs racines.

Au point de vue du diagnostic, on peut dire que la gingivite expulsive a une marche lente et n'aboutit pas à une ulcération apparente de la gencive ; de plus, elle est douloureuse : il n'y a donc pas de confusion possible.

La nécrose phosphorée est douloureuse aussi ; de plus, elle s'étend à une large portion d'os ; enfin, elle survient seulement lorsqu'il y a une carie dentaire.

La marche des accidents a été, dit l'auteur, bien différente de celle des lésions syphilitiques ordinaires des os et du périoste. L'alvéole s'est nécrosée d'emblée parce que, dans l'alvéole, c'est la membrane désignée à tort sous le nom de périoste, qui a été atteinte au début. Or, cette membrane a une structure différente de celle du périoste : elle est formée de tissu fibreux plus dense que celui des ligaments et analogue aux ménisques interarticulaires, et, jusqu'à un certain point, à la cloison du nez.

Elle contient les vaisseaux des parois alvéolaires et de la gencive : il n'est donc pas étonnant qu'après la destruction de leur gaine, ces vaisseaux se soient détruits à leur tour, frappant ainsi de mort toute la région à laquelle ils doivent distribuer le sang.

F. C.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ; DIAGNOSTIC DE QUELQUES-UNES DE SES FORMES.

Clinique de M. le professeur PARROT. — Hôpital des Enfants Assistés.

Le diagnostic de la syphilis infantile est souvent fort difficile, à cause des formes multiples qu'elle peut revêtir, et aussi parce que, souvent, il faut faire un diagnostic rétrospectif.

On devra tenir grand compte de l'âge, certaines lésions de la syphilis ne se montrant qu'à une certaine époque de la vie.

Mais c'est surtout le siège des lésions que l'on devra prendre en considération : elles sont généralement situées sur les cuisses, les fesses, la lèvre inférieure, la région mentonnière et les angles oculaires.

Un signe auquel on a accordé une grande importance manquerait le plus souvent, d'après M. Parrot : nous voulons parler de cette teinte bistrée, de l'aspect cachectique, du facies vieillot que l'on observe parfois chez des syphilitiques, mais qui, la plupart du temps, seraient dus à l'athrepsie ; il n'est pas rare de rencontrer de petits syphilitiques qui ont une très belle apparence, et nullement le facies particulier qu'on a voulu leur attribuer. Pourtant, chez les très jeunes enfants, la peau peut avoir une coloration jaune-clair, presque chlorotique.

Chez les enfants plus âgés, c'est la nature des éruptions qui donne à la face son caractère spécial : celle-ci est atteinte dans toutes ses parties, et le malade est complètement défiguré : or, c'est la syphilis seule qui peut produire une semblable altération des traits.

Toutes les syphilides héréditaires ont, en général, une teinte violette, depuis le rose jusqu'à la teinte enfumée ; l'éruption athrepsique est rose tendre, la syphilide est plus violacée.

Ces syphilides se présentent sous plusieurs formes : forme bulleuse, maculeuse, papuleuse, vésico-pustuleuse. Le pemphigus syphilitique est la manifestation la plus précoce, car il apparaît quelquefois vers le sixième ou septième mois de la vie intra-utérine. C'est surtout au moment de la naissance qu'on l'observe ; il siège alors sur les extrémités, à la face palmaire des mains et plantaire des pieds. La lésion élémentaire est une bulle remplie de liquide louche ou purulent ; elle repose sur un fond violacé. Après la douzième semaine, le pemphigus devient plus rare.

On peut voir au deuxième mois des bulles de pemphigus sur le tronc, au pourtour des aisselles. Cette éruption n'a rien de syphilitique.

Les dimensions plus considérables des bulles, la transparence du liquide, la dessiccation rapide suffisent à le distinguer.

La syphilide maculeuse des enfants est la roséole des adultes : elle fait une légère saillie et offre une coloration violacée ou une zone périphérique de cette nuance.

Les syphilides papuleuses n'offrent pas de caractères spéciaux qui les fassent différer de ce qu'elles sont chez l'adulte.

Enfin, la syphilide vésico-pustuleuse est la plus rare et aussi la plus tardive. Le diagnostic est difficile ; voici ses principaux caractères : c'est une papule au sommet de laquelle est une petite vésicule qui ne tarde pas à s'ouvrir ; ou bien, c'est une plaque rouge sur laquelle paraît une bulle qui s'ulcère rapidement. L'affection siège sur l'abdomen, de préférence.

Toutes ces syphilides ont de la tendance à s'ulcérer : tantôt, alors, l'ulcération reste limitée à la lésion syphilitique, tantôt elle prend une grande extension. Lorsque les ulcérations marchent très vite et qu'on les voit s'étendre au cou, on doit se méfier et craindre la tuberculose.

F. C.

INOCULATION DE LA SYPHILIS PAR LE RASOIR. — Observation recueillie par
M. COCHEZ, interne du service du D^r DESPRÈS. (*Paris médical*.)

M. Desprès a eu à traiter, presque en même temps, deux malades porteurs de petites ulcérations sur le menton. Celles-ci avaient apparu 15 jours environ après que les malades s'étaient fait raser chez un barbier de la ville, qui les avait, pendant l'opération, légèrement coupés au menton.

Le diagnostic de la nature de ces ulcérations présentait certaines difficultés, et M. Desprès rencontra des incrédules lorsqu'il se prononça pour des chancres syphilitiques.

Quelques jours après, l'apparition des accidents secondaires vint confirmer son diagnostic, et montrer qu'il s'agissait bien là de deux foyers d'inoculation de syphilis par les rasoirs.

On ne saurait donc trop recommander, ainsi que l'a fait M. Pasteur, à tous ceux qui se font raser chez les perruquiers, d'exiger que l'on passe le rasoir à la flamme d'une lampe à alcool, avant de se laisser raser.

F. C.

LARYNGOPATHIE SYPHILITIQUE SECONDAIRE. — Société médicale des Hôpitaux. (*Progrès médical.*)

M. Gouguenheim croit que la laryngite syphilitique secondaire est plus fréquente qu'on ne le pense.

Elle se présenterait chez les $\frac{2}{5}$ des syphilitiques.

« Des ulcérations, presque toujours sous forme d'érosions, reposant ordinairement sur des surfaces tuméfiées, plus rarement sur des papules très limitées, sont fréquemment observées dans la laryngite secondaire. Leur siège le plus fréquent est l'épiglotte, et surtout le bord libre de cet opercule. Quelquefois les tissus s'indurent et dégénèrent d'une façon définitive. »

Le traitement doit être interne et externe. Ce dernier consistera en cautérisations au nitrate d'argent.

F. C.

UN CHANCRE DE SIÈGE INSOLITE. — Société des sciences médicales de Lyon.

M. Poncet, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu, présente une jeune fille atteinte d'un chancre siégeant sur la cloison, près de l'orifice de la narine droite. En ce point, on trouve une saillie des dimensions d'une pièce de 50 centimes, dont la surface est rouge et exulcérée, oblitérant l'orifice de la narine à tel point que la respiration est à peu près complètement obstruée du côté correspondant. Il y a un mois que l'affection a débuté par des maux de tête, localisés à la moitié droite du crâne, et revenant par intervalles. Peu après, est survenu un gonflement de la cloison des narines qui est allé en augmentant jusqu'à acquérir les dimensions qu'on observe actuellement.

L'adénopathie sous-maxillaire indolente a persisté jusqu'à ce jour, marquée surtout au-dessous de la branche droite du maxillaire, où elle forme une tumeur du volume d'un œuf de poule.

Sur la peau de la poitrine, de l'abdomen et des membres, on voit une syphilide papuleuse généralisée, très nette. Quelques papules sur le front. Impétigo du cuir chevelu.

Plaques muqueuses de la gorge.

Quelques jours après son entrée, la malade a éprouvé des douleurs

dans les muscles de la cuisse et du mollet droit; signes de synovite au niveau du cou-de-pied droit.

M. Poncet, en présence de tous ces symptômes, croit que le doute n'est plus possible: il s'agit bien d'un chancre de la cloison. Ce siège est insolite et c'est pour cela qu'il a tenu, non seulement à attirer l'attention des élèves sur cette malade, à la clinique, mais encore à présenter ce spécimen à la *Société des sciences médicales*.

Il rappelle un cas, qu'il lui a été donné d'observer, où le chancre siégeait sur la gencive, au niveau d'une grosse molaire.

Ce sont là des faits qu'il faut connaître, si l'on ne veut être pris un jour au dépourvu.

Ce qu'il y a de plus difficile, c'est d'expliquer comment le virus a pu être transporté au point d'inoculation. Malgré un long interrogatoire, on n'a rien obtenu de la malade, qui ne peut ou ne veut donner de renseignements exacts.

F. C.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

SIMULATION D'ATTENTATS VÉNÉRIENS SUR DE JEUNES ENFANTS. — Communication faite à l'Académie de médecine, dans la séance du 26 octobre 1880, par M. le professeur ALFRED FOURNIER. (*Union médicale*, 1880.)

Nous ne pouvons dans cette revue reproduire entièrement la communication de M. Fournier, malgré l'intérêt de premier ordre qu'elle porte en elle-même. Essayons, du moins, d'en faire connaître les principaux points dans le résumé suivant :

« Représentez-vous, dit M. Fournier, la situation terrible faite à un honnête homme sur lequel fond tout à coup l'accusation imméritée d'un attentat abject. Représentez-vous cet homme jusqu'alors justement estimé, considéré, qui, d'un instant à l'autre, par le fait d'une incalculable mensongère, descend au dernier échelon du déshonneur et de la dégradation morale. Quel coup pour lui ! Et s'il a une famille, une femme, des enfants, quel coup pour lui et pour les siens, sur lesquels cette fange va rejaillir. »

De tels faits existent. Cette assurance fait frémir ! et dans son indignation d'honnête homme et de médecin intègre, M. Fournier, qui a pu constater, d'une part, les habiletés perfides des simulateurs et, d'autre part, la désespérante détresse de leurs victimes, M. Fournier s'est promis, « le jour où quelque autorité pourrait se rattacher à sa parole, de dénoncer de telles monstruosités à l'indignation commune ».

Des faits navrants et provoquant l'indignation tout à la fois, remplissent les pages de ce mémoire.

Dans une première observation nous voyons, tout d'abord, une petite fille d'une huitaine d'années, du service de M. Fournier, atteinte d'une vulvite extrêmement intense. Cette enfant aurait été victime, dans ces derniers jours, d'un attentat criminel. Le coupable, ajoute-t-on, « serait un homme d'un certain âge, riche, d'antécédents jusqu'alors irréprochables. Déjà il est écroué à Mazas en dépit de ses dénégations formelles. »

L'intensité des lésions présentées par cette enfant était en disproportion avec la cause invoquée, l'hymen était intact (au dire de l'enfant il n'y avait eu qu'une seule tentative, de courte durée).

De plus, cette enfant avait une manière étrange de répondre aux questions qu'on lui faisait : elle semblait réciter une leçon apprise, sans conviction, en répétant les mêmes expressions, les mêmes incorrections de langage : il n'en fallait pas davantage pour mettre en éveil la sagacité de l'observateur.

Cependant, au bout de quelque temps, la petite malade, gagnée par les attentions que l'on avait pour elle, commençait à ne plus être aussi affirmative. « Une poupée aux yeux mobiles décida de mon triomphe », dit M. Fournier, et, en effet, elle lui raconta « qu'elle n'avait pas été touchée par un monsieur ; mais que sa mère, à trois reprises, lui avait frotté la partie avec une brosse à cirage, en lui défendant bien d'en rien dire à personne, et en la menaçant de recommencer si elle le disait, etc. »

La mère de l'enfant fut mandée à l'hôpital, mise au courant du fait et fut contrainte de retirer sa plainte. Sa tentative de *chantage au viol* avait échoué.

Le symptôme clinique qui, dans ce cas, permit de reconnaître le piège, fut l'intensité insolite, l'exagération des phénomènes inflammatoires qui répondait peu à la cause invoquée : la disproportion entre la cause et l'effet était flagrante. Mais si elle eût été plus mesurée et plus adroite, la simulation aurait pleinement abouti à ses fins. M. Fournier est absolument affirmatif sur ce point : « *Entre une inflammation vulvaire dérivant d'un attentat criminel et une inflammation déterminée*

par une violence d'autre nature, il n'est pas un signe, un seul signe, qui permette d'établir, sur de solides bases, un diagnostic différentiel. Cette affirmation est corroborée par l'opinion de plusieurs auteurs de médecine légale.

En effet, on sait que plusieurs causes peuvent produire des vulvites plus ou moins intenses, par exemple, l'onanisme. Dans un cas observé par M. Fournier, une petite fille de six ans fut atteinte d'une vulvite de moyenne intensité à la suite de frictions plusieurs fois répétées par sa mère à l'aide d'un chiffon rude et sale.

Un certificat médical délivré légèrement peut devenir une arme redoutable entre les mains d'un simulateur, — on ne doit jamais l'oublier. Aussi ne doit-on jamais délivrer de ces certificats que sur l'invitation d'une autorité compétente, ayant devoir et mission de les requérir. De plus, dans ces certificats *requis*, il faut spécifier les lésions observées *sans en affirmer l'étiologie*. A ce propos, M. Fournier cite l'opinion de Toulmouche et de Tardieu : « Le médecin légiste ne doit pas conclure à un viol opéré par un homme, par cela seul que la membrane hymen est déchirée ou détruite ; mais se borner à énoncer le fait de la défloration, laissant au ministère public à découvrir la nature réelle de la cause physique qui l'a produite. » (Toulmouche, *Des attentats à la pudeur et du viol, Annales d'hygiène et de médecine légale*, 11^e série, t. VI, 1856). — V. encore : Tardieu, *Étude sur les attentats aux mœurs*, p. 58 (3^e édit., Paris, 1859).

Examinant la question à un autre point de vue, M. Fournier formule énergiquement, dans l'espèce, un principe de doctrine : « J'ai excédé le rôle du médecin, dit-il, ... en me doublant du rôle inquisiteur du juge d'instruction, mais de cela je suis loin de me repentir, puisque tout le monde (le simulateur à part), en a profité, et puisque surtout un innocent en a profité : Ce serait à refaire que je recommencerais, et je n'aspire, le cas échéant, qu'à la récidive. »

Je connais et respecte le serment d'Hippocrate, dit-il encore, je sais que le médecin, chez ses malades, a des yeux pour ne rien voir, et des oreilles pour ne rien entendre ; je n'ai pas l'intention d'ériger en principe que le médecin prenne à tout propos le rôle inquisiteur, mais « ce que je prétends, ce que je dis, c'est purement et simplement que si d'aventure le médecin, dans l'exercice de sa profession, est mis sur la piste d'une de ces simulations criminelles que je viens de signaler, il a l'obligation morale, vis-à-vis de la société, comme vis-à-vis de lui-même, de décharger un innocent de l'accusation formidable qui pèse indûment sur lui.... Enrayer une machination criminelle et, au besoin, la dénoncer à la société, en vue de sauvegarder un innocent, me semble

constituer un *devoir*, — je répète le mot à dessein, — un véritable devoir social auquel je n'ai pas le droit, comme médecin, de me dérober. »

Il n'est pas sans intérêt de rechercher et de déterminer les mobiles moraux qui incitent aux simulations de ce genre. On peut s'attendre à toutes les excentricités, à toutes les surprises. Parfois la raison déterminante est difficile à saisir. Ici, c'est une misérable hystérique (comme dans le cas du Dr Merland, de Napoléonville), hallucinée et malveillante, qui accuse deux frères de l'avoir violée et torturée. Pour donner créance à son accusation elle s'était introduite dans le vagin « treize vieux morceaux de fer rouillés, des clous, un écrou, une moitié de fer à cheval, une lame de couteau de 8 à 9 centimètres de long, et jusqu'à un rouleau de fer ! » Là ce sont des simulations ou des imputations ou d'attentats aux mœurs inspirées par le désir de secouer une tutelle gênante, de se débarrasser d'un mari, d'un surveillant, pour se livrer à la débauche, ou pour un autre motif. Plusieurs faits semblables ont été observés par M. le professeur Brouardel.

Astley Cooper, après avoir décrit ces écoulements vulvaires qui se produisent si fréquemment et spontanément chez les petites filles, ajoute que certaines mères, femmes nerveuses, impressionnables, à la vue de ces écoulements soupçonnent autre chose. On consulte un médecin qui méconnaît la nature de l'affection et déclare que l'enfant est atteinte d'un écoulement vénérien. La petite fille est questionnée, menacée et finit par dire. « Un tel m'a prise sur ses genoux. » On devine la suite. « J'ai vu de tels cas plus de trente fois dans ma vie, dit cet auteur, et je puis vous assurer que nombre de gens ont été pendus par suite d'une pareille erreur. »

M. Fournier a vu également une petite fille de 9 ans atteinte d'un écoulement semblable, dénoncer un homme pour l'avoir « touchée ». Cette enfant, effrayée par l'appareil de la justice, se troubla et finit par avouer qu'elle n'avait pas été touchée par un homme, mais qu'elle avait dénoncé M. X. sur le conseil d'une de ses petites compagnes qui se livrait sur elle à certaines manœuvres dont elle exigeait la réciprocité, et que c'était elle qui lui avait fait du mal.

Mais les deux mobiles principaux de ces sortes de simulation sont la *spéculation pécuniaire* et la *vengeance*.

Dans la première catégorie, l'opération (financière s'entend) porte un nom spécial, Tardieu l'avait baptisée du nom technique de *chantage au viol*. La combinaison consiste à choisir un homme riche (c'est le point capital) ; de faire en sorte qu'il puisse rester seul avec une jeune enfant, ne serait-ce que pendant quelques minutes, et cela dans des conditions qui pourront être rappelées et circonstanciées. Après cela, il ne

reste plus qu'à trouver le moyen de déterminer sur la vulve de l'enfant des lésions semblables à celles que pourrait produire un attentat. Ensuite cet homme est accusé bruyamment, menacé d'une dénonciation publique, d'une poursuite judiciaire, etc., pour obtenir de lui, afin qu'il écarte ce scandale, une somme importante.

Cette ignoble farce peut parfois réussir, et M. Fournier l'a vu dans un cas. Il est à supposer que cela se pratique souvent. En effet, on peut gagner son procès, mais il reste toujours quelque chose de la calomnie, dit Basile. Un acquittement n'est pas un brevet d'innocence et un vague soupçon peut planer sur vous, rejaillir sur votre famille, vos enfants et les déshonorer. D'ailleurs, la justice humaine ne peut-elle pas être égarée?

Ah! un honnête homme peut à juste titre être troublé par un ensemble de preuves habilement et perfidement accumulées contre lui, et l'on comprend très bien sa capitulation dans certains cas.

Lorsque c'est la *vengeance* qui inspire ces coupables machinations, il s'agit le plus souvent d'une vengeance de *femme*. C'est une femme qui, pour se venger d'un amant inconstant, trame contre lui une accusation d'attentat en simulant chez un enfant, à qui elle fait la leçon, une tentative de viol.

A la fin de son important travail, M. Fournier le résume ainsi dans les articles suivants que nous reproduisons :

1° Des faits existent en certain nombre, auxquels on peut donner le nom collectif de *simulation d'attentats criminels sur de jeunes enfants du sexe féminin*.

Ces faits consistent sommairement en ceci : production artificielle sur une jeune enfant de lésion vulvaire destinée à simuler les lésions d'un attentat; — et imputation de cet attentat à un auteur imaginaire, dans un intérêt afférent au simulateur;

2° Cliniquement, il n'est pas impossible que ces lésions artificielles ne se trahissent par quelques particularités, quelque accident local. Mais ce n'est là qu'une éventualité. En principe, comme en pratique, nous ne connaissons aucun signe clinique propre à différencier sûrement une inflammation vulvaire, déterminée par simulation, d'une inflammation vulvaire résultant d'un attentat criminel.

3° Dans les cas de cet ordre, la découverte de la simulation ressortira moins des phénomènes cliniques que d'autres signes étrangers à l'art médical : attitude, réponses, hésitations, contradictions de l'enfant, antécédents du simulateur, circonstances diverses de la cause, etc.;

4° Que si le médecin, même dans l'exercice de sa profession, aboutit à dépister la ruse et à découvrir la vérité, il a plus que le droit, il a le

devoir de confondre une accusation criminelle et de sauvegarder l'honneur, la liberté, les intérêts d'un innocent ;

3° Il importe à la sécurité de tous et à la dignité de l'art qu'en pareilles affaires, le médecin ne délivre de certificats constatant les lésions observées que sur l'invitation d'une autorité compétente ayant mission de les requérir ; — et il n'importe pas moins que dans les certificats requis de ce genre, le médecin se borne à décrire les lésions observées sans s'aventurer dans une interprétation étiologique de ces lésions, interprétation dont les éléments lui sont presque toujours refusés par la clinique ;

6° Des mobiles moraux d'ordres divers servent, en l'espèce, d'inspiration aux simulateurs.

L'un des plus communs est une spéculation pécuniaire à laquelle on peut conserver la dénomination, triviale mais expressive, de *chantage au viol* ;

7° Enfin, des inflammations vulvaires d'origines diverses, voire le plus habituellement spontanées, ont maintes fois servi de base à des imputations d'attentat ; — il n'est pas sans exemple que ces imputations illégitimes aient pu sembler justifiées soit par des réponses inconscientes des prétendues victimes, soit même par les dispositions mensongères d'enfants prématurément perverses.

G.

DE L'IMPUISSANCE PRODUITE PAR LE SALICYLATE DE SOUDE.

Un phénomène peu connu du salicylate de soude sur le système nerveux a été observé par le docteur Dubrisay. Cet effet consiste en une impuissance temporaire très caractérisée. Sur trois gouteux ou rhumatisants, assez jeunes pour être bons juges de la question, assez ardents pour s'affliger et se plaindre d'un mécompte amoureux, il a constaté une impuissance absolue mais temporaire qui lui a semblé sous la dépendance de 3 à 4 grammes de salicylate de soude, administrés pendant vingt jours.

Ces atteintes à la virilité sont d'autant plus importantes à connaître que, sans le savoir, nous prenons tous du salicylate de soude avec les aliments et les boissons, avec le beurre, avec la bière, le vin, les conserves de fruits et de légumes, et qu'un homme peut ainsi, sans le vouloir, faire une injure grave à sa femme. — Si le fait se confirme, nous verrons avant peu le salicylate devenir la pomme de discorde des ménages. (*Paris médical.*)

Après avoir pris connaissance de ce fait, notre savant maître, M. le docteur Horteloup, conçut l'idée de mettre à l'essai ce médicament contre les érections si douloureuses qui surviennent au début de la blennorrhagie aiguë. Chez plusieurs malades il se produisit de la diarrhée. Ce n'est pas ici le lieu de rapporter les observations des malades mis en expérience, mais nous ne nous écartons pas de la vérité en disant qu'en résumé l'administration du salicylate de soude ne modifie nullement la marche habituelle de l'affection, spécialement en ce qui a trait aux érections.

Comme le fait remarquer M. Horteloup, on ne saurait conclure du cas pathologique à l'effet physiologique, car les érections de la blennorrhagie sont d'ordre réflexe et ne ressemblent en rien aux érections normales, directes pour ainsi dire, qui surviennent à l'état physiologique.

G.

TRAITEMENT DES ULCÈRES VIRULENTS PAR LE RACLAGE. — Communication de M. MARC SÉE à la Société de Chirurgie. — Séance du 18 octobre 1880.

L'auteur s'exprime à peu près en ces termes : « On connaît la résistance que présente à la thérapeutique certains ulcères virulents, chancres mous, chancres du prépuce déterminant un phimosis symptomatique. Il en est de même pour certains bubons chancereux, certains ulcères phagédéniques. Leur durée se compte par des mois. J'emploie à la maison de santé un procédé peu connu pour le traitement de ces ulcères : Muni d'une curette à bords tranchants, j'opère le *raclage* de la matière pulpeuse qui tapisse l'ulcération et j'enlève scrupuleusement tout, ne m'arrêtant qu'aux tissus sains, visitant tous les clapiers et jusqu'à la moindre anfractuosité. Lorsqu'il y a phimosis, je débride le prépuce à l'aide du thermocautère, et j'opère comme je viens de le dire. Il faut que le raclage soit fait avec un soin minutieux; la moindre parcelle oubliée entraîne la repullulation. Dans un second temps, je cautérise peu profondément la surface raclée et j'applique un traitement antiseptique.

« Cette petite opération est douloureuse et doit être pratiquée sous le chloroforme. Les résultats qu'elle donne sont excellents; l'inflammation est nulle, la plaie, devenue simple, se cicatrise rapidement. Au bout de quinze jours ou trois semaines la guérison est complète. »

A la séance suivante, M. Desprès demande à M. Sée s'il n'a jamais eu de récidive avec son mode de traitement. Il croit que la cautérisation a, dans ce cas, plus d'efficacité que le raclage.

M. Sée répond qu'il a quelquefois des récidives, mais seulement dans le cas de chancres phagédéniques très étendus. Dans les chancres ordinaires il n'a jamais eu de récidive. La cautérisation employée seule serait insuffisante.

G.

LES SYPHILIS IGNORÉES. — M. FOURNIER. — Leçon clinique faite à l'Hôpital Saint-Louis. (*Nouv. jour. méd.*, 1880.)

Voici un malade qui vient nous consulter pour des lésions qu'il est impossible de rattacher à autre chose qu'à la syphilis : nous l'interrogeons, et il nous affirme de bonne foi qu'il n'a jamais eu aucun des accidents, ni primitifs, ni secondaires. Malgré cela, le traitement spécifique, institué vient servir de pierre de touche et confirmer le diagnostic. Ce malade était atteint de syphilis sans le savoir.

C'est qu'en effet, la syphilis ignorée, non seulement est bien authentique, mais elle est encore assez fréquente, beaucoup plus fréquente même que la syphilis dissimulée, qui est loin d'être rare. Chocquet en a pu observer 28 cas en 5 mois. Elle est plus commune dans les basses classes que chez les gens du monde, chez la femme que chez l'homme. Quelles sont les causes qui contribuent à rendre la syphilis ignorée ?

1° Le point de départ du mal est autre que les organes génitaux, et la contagion n'est pas suspecte. Exemples : le chancre se produit sur la bouche, le visage, les doigts, le ventre, etc., par le moyen d'un enfant syphilitique, d'objets de ménage, par la vaccination, par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par l'intermédiaire d'un couteau à papier, par le toucher vaginal chez les médecins et les sages-femmes, etc.

2° Les manifestations passent inaperçues par suite de leur peu d'intensité, ou parce que leurs symptômes ne sont pas nettement accusés. Le chancre peut être petit, superficiel, larvé ou caché, siégeant sur le col utérin, dans le vagin ou dans l'urètre. La roséole apparaissant sur des parties couvertes, le dos ou la poitrine, les malades ne s'en aperçoivent pas ou l'attribuent à toute autre cause. La pléiade ganglionnaire de Ricord n'attire pas leur attention parce que le bubon est indolent et ne les gêne aucunement; les accidents buccaux sont pris pour des aphthes

ou des angines vulgaires ou des accidents dus à l'abus du tabac ; les céphalées sont confondues avec la migraine, etc.

3° La syphilis est encore méconnue à cause de sa bénignité même. Les accidents primaires et secondaires sont peu accentués et il se manifeste après eux un long entr'acte d'immunité absolue.

4° Une cause assez fréquente est due à ce que le principal intéressé est trompé à dessein, comme il arrive fréquemment pour un grand nombre de femmes mariées. Le coupable, amant ou mari, prévient le médecin, le supplie de ne rien dévoiler, et la femme est traitée sans connaître le nom de sa maladie.

5° En dernier lieu, il faut noter l'insouciance, la légèreté ou l'incurie du jeune âge, et aussi une confiance aveugle dans la femme aimée qui la fait considérer comme incapable de transmettre une semblable maladie.

La syphilis ignorée a des dangers spéciaux qui résident dans l'erreur du diagnostic du médecin, et, par suite, le défaut de traitement de la maladie.

La conclusion qu'il faut en tirer, c'est qu'il existe des cas de syphilis où le diagnostic ne peut être établi que par l'existence des symptômes actuels, sans tenir compte des allégations du malade, même de bonne foi, et que, souvent, on doit compter avec la vérole, même quand on n'en trouve pas la trace, ce qui faisait à dire Rayer : « Quand je ne vois pas clair dans une affection, je flaire la vérole. » G.

LEÇON SUR LES LYMPO-ADÉNOPATHIES SYMPTOMATIQUES DE LA SYPHILIS,
par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'Hôpital du Midi. (*Journal
de médecine de Bordeaux*, 1880.) (Résumé.)

La lympho-adénopathie syphilitique est indépendante de la forme et du siège du chancre. Il suffit qu'il existe un chancre syphilitique quelque part pour que les ganglions du territoire lymphatique où s'est développé le chancre s'engorgent, s'indurent ainsi que les vaisseaux lymphatiques qui vont du chancre aux ganglions.

Sans être constante, la *lymphopathie* spécifique est assez fréquente. Elle peut débiter un septénaire après l'apparition du chancre, précéder l'adénopathie ou lui succéder. Son plus grand développement s'observe à son origine auprès du chancre qu'elle semble continuer. Elle diminue, au contraire, en approchant des ganglions. Formée par un cordon

noureux, renflé par places et quelquefois considérablement, cette lymphite est indolente ou à peu près et ne développe aucune inflammation autour d'elle ; elle n'adhère pas à la peau ; sa dureté est comparable à celle du chancre. Elle se développe surtout chez l'homme ; chez la femme, les grandes lèvres en sont habituellement le siège ; on observe alors un œdème considérable et une induration du cordon lymphatique que l'on peut suivre jusque sur le mont de Vénus ou dans le pli génito-crural. Elle peut siéger à la face dans les cas de chancre de cette région : M. Mauriac, Bassereau et d'autres l'ont observée. Ses proportions les plus considérables s'observent sur la verge où le vaisseau lymphatique dorsal peut atteindre les dimensions d'une plume d'oie et plus.

Parfois les renflements lymphatiques deviennent le siège d'un travail inflammatoire subaigu ; la tumeur adhère aux téguments, s'abcède quelquefois et l'on peut pratiquer le cathétérisme du vaisseau lymphatique soit en avant, soit en arrière. Dans un cas semblable, Bassereau, ayant fait l'autopsie du malade, peut constater la parfaite intégrité de l'artère et des veines dorsales du pénis. Le canal fistuleux était un vaisseau lymphatique à parois épaisses et dures ; son extrémité antérieure se confondait avec l'induration chancreuse, du côté des ganglions, il s'amincissait et se perdait dans ceux du côté droit.

« Plusieurs fois j'ai vu ces renflements former de grosses collections fluctuantes. J'ai toujours résisté à la tentation de les ouvrir, et bien m'en a pris, puisqu'elles se sont toujours résorbées spontanément. Les fistules sont exceptionnelles. Quant à ces prétendus abcès, ils sont formés par de la lymphe accumulée, contenant une grande quantité de cellules endothéliales, ou de cellules embryonnaires granulo-graisseuses. »

La lymphopathie est ordinairement dorsale et médiane, on la sent facilement au-dessous d'une petite épaisseur des téguments, d'autres fois, elle détermine un œdème plus ou moins considérable de la verge qui peut s'étendre jusqu'à la région inguinale.

Les indurations, les nodosités qui se développent souvent autour des chancres indurés occupent en général le tissu cellulaire sous-cutané et sont constituées quelquefois par une lymphangite spécifique.

La résolution est la terminaison ordinaire de ces lymphopathies, elle a lieu au bout de 4 à 5 semaines. La lymphopathie dorsale très prononcée peut durer 4 ou 5 mois.

L'adénopathie syphilitique siège là où se trouvent les ganglions aboutissants des vaisseaux lymphatiques qui émanent du chancre. Elle se montre de 2 à 25 jours après l'apparition du chancre. Son

volume est indépendant de la forme de chancre. *L'indolence aphlegmasique* est un de ses caractères principaux.

Le tempérament, la constitution des sujets ont une influence certaine, mais non constante sur le degré que peut atteindre l'adénopathie dans son développement. Elle est moins appréciable chez les sujets gras que chez les sujets maigres.

Parmi les ganglions indurés il y en a toujours un qui est plus volumineux que les autres. C'est à lui que vont se rendre plus directement les vaisseaux lymphatiques partant de ce dernier. (Ganglion anatomique de Ricord.)

Il est probable que les ganglions iliaques, lombaires, etc., prennent part dès le début à l'engorgement dont sont le siège les ganglions inguinaux, mais aucun fait ne le prouve encore. En tout cas, les ganglions externes éloignés de l'accident primitif, ne se prennent qu'au moment des accidents consécutifs quand on est en pleine syphilis constitutionnelle.

La *dureté de l'adénopathie* présente des degrés variables; ordinairement chondroïde et ligneuse, elle ne dépasse pas quelquefois la consistance normale.

Les adénopathies syphilitiques n'ont aucune tendance à s'abcéder. Parfois la tumeur se ramollit et on perçoit une fluctuation évidente. La résorption se fait d'elle-même; mais si, cédant à la tentation, on incise le bubon il ne sort que du sang et un peu de sérosité.

L'adénopathie est beaucoup moins développée chez la femme que chez l'homme.

Les ganglions tuméfiés sont souvent réunis entre eux, dans la même pléiade, par des vaisseaux dont le volume égale souvent celui des glandes, ainsi que Bassereau l'a constaté dans une autopsie.

L'adénite, provenant d'un chancre mixte, peut évidemment suppurer; en dehors de ce cas, le bubon syphilitique suppure très rarement. Cependant, sous l'influence de causes occasionnelles d'irritation, il peut se former un abcès phlegmoneux. Après l'évacuation du pus, la réparation se fait avec rapidité.

D'autres fois, c'est un abcès demi-inflammatoire qui se forme; l'adénopathie devient un peu douloureuse, elle grossit et adhère à la peau qui présente une coloration rouge sombre et elle devient fluctuante au bout de 5 à 6 jours. L'incision donne issue à un pus séreux, froid. Si, au lieu d'ouvrir l'abcès, on attend, ce qui vaut beaucoup mieux, la tumeur diminue progressivement et disparaît, la néoplasie s'est liquéfiée par une sorte de nécrobiose interne, la résorption a lieu.

L'introduction dans un ganglion syphilitique du pus chancereux

modifie la marche primitive, de même qu'un bubon primitivement chancreux peut devenir syphilitique par le fait de l'apparition d'un chancre syphilitique et de ganglions périphériques. Ces ganglions pourront ensuite devenir chancreux de dehors en dedans, c'est-à-dire par l'entremise du bubon supprimé. Mais ces faits sont connus, nous n'insisterons pas.

La scrofule peut s'allier à la syphilis et continuer à sa manière l'adénopathie que la syphilis avait commencée à la sienne. Le bubon peut s'ouvrir et devenir le point de départ de suppurations interminables : c'est une complication très sérieuse.

G.

LA SYPHILIS HÉPATIQUE. (*Revue de thérapeutique*, n° 21, novembre 1880.)

Beaucoup d'auteurs n'ont attaché le cachet de spécificité qu'à l'hépatite gommeuse. M. Demange insiste sur la fréquence de l'hépatite interstitielle, et surtout sur la coïncidence de ces deux formes. Le traitement spécifique amène la guérison au début de la maladie, mais il est impuissant en présence d'une sclérose définitive. Après avoir cité deux observations très concluantes, l'honorable clinicien de Nancy arrive à cette conclusion pratique que les manifestations de la syphilis viscérale n'ayant pas de symptômes pathognomoniques, on doit en présence de troubles hépatiques dont la cause échappe, rechercher la syphilis, et instituer un traitement spécifique, si l'on en découvre quelque indice.

G.

PEMPHIGUS CONGÉNITAL SYPHILITIQUE. — ÉRUPTION GÉNÉRALISÉE A TOUT LE CORPS, SAUF A LA PAUME DES MAINS ET A LA PLANTE DES PIEDS. — Communication de E. LABAT, à la Société anatomique, séance du 19 mars 1880.

L'enfant dont il est question était une fille née à la Maternité, d'une mère depuis trois ans syphilitique. Cette femme, fille publique, a été soignée à Saint-Lazare, pour un chancre et une éruption abondante de taches sur le corps. Au moment de son accouchement, elle ne présentait

aucun symptôme suspect si ce n'est une laryngite se traduisant par une voix d'un caractère *crapuleux* tout particulier. Elle a déjà eu depuis qu'elle est malade deux grossesses qui se sont terminées à peu près à terme par la naissance de deux enfants morts-nés sans éruption.

La petite fille qui est née à la Maternité pesait 2,400 grammes, avait mauvais aspect, le cri rare et faible, la respiration courte, incomplète. Son corps est couvert d'une éruption généralisée de pemphigus beaucoup plus abondante sur la face antérieure du corps et confluent sur le cuir chevelu, à la face et au ventre.

Les bulles sont presque toutes crevées et grandes comme des pièces de 50 centimes et de 1 franc. Sur les limites de la bulle, on voit des fragments d'épiderme ratatiné. Le fond est, ci et là, rose terne, rose vif et cuivré, lie-de-vin à la face. Les lésions sont superficielles sauf au lobule de l'oreille gauche où l'on voit une ulcération grosse comme un gros pois et profonde de quelques millimètres. Mais à la face palmaire des mains et plantaire des pieds, l'épiderme est fin, lisse, luisant et sans aucune lésion.

L'enfant ne vit que douze heures.

Autopsie. — Aucune lésion du foie, de la rate, des poumons ou du cerveau. Pas de coryza.

Ce pemphigus *congénital syphilitique* a donc présenté ceci de particulier, c'est que l'éruption était généralisée et ne manquait que dans les points où sa présence est regardée comme caractéristique, la *paume des mains* et la *plante des pieds*. (Résumé du compte rendu de Méricamp.)

G.

DE LA SYPHILIS VACCINALE. — Leçons cliniques de M. le professeur A. FOURNIER, recueillies par M. le Dr MOIZARD, ancien interne des hôpitaux. (*Journal de médecine et chir. prat.*, octobre 1880.) (Résumé.)

Niée pendant longtemps, la transmission de la syphilis par le vaccin est aujourd'hui admise sans conteste. Le professeur rappelle les épidémies de Rivalta et le cas de ce médecin Bavaïois qui fut condamné à 2 ans de prison pour avoir donné la syphilis à un enfant en le vaccinant.

Lorsque le vaccin a été emprunté à un sujet syphilitique, la syphilis se développe ou ne se développe pas.

Elle peut ne pas se développer, le fait est indéniable : des faits clini-

ques nombreux le prouvent. On connaît également le cas expérimental du Dr Belzenne qui avait toujours soutenu l'innocuité du vaccin recueilli sur un sujet syphilitique. Pour le prouver, il s'inocula 3 fois du vaccin pris sur des femmes syphilitiques enfermées à Saint-Lazare. Le résultat fut constamment négatif. Il en fut de même dans sept vaccinations qu'il fit sur des femmes avec du vaccin provenant d'un syphilitique.

On sait par des faits malheureusement trop nombreux que la syphilis peut s'inoculer en même temps que la vaccine, il est inutile d'y insister. Pourquoi ces contradictions ? La cause en est encore inconnue.

Deux cas peuvent s'observer dans l'évolution de l'accident primitif de la syphilis chez un individu à qui elle a été inoculée par la vaccination.

1° La vaccine avorte et le chancre se développe après une période de 25 jours en moyenne, avec ses caractères classiques et son bubon caractéristique. Bientôt apparaissent les accidents secondaires.

2° Vaccine et syphilis se développent à la fois. Que se passe-t-il ? Si la marche des deux affections est normale, le chancre apparaît quelques jours après l'évolution de la vaccine.

D'autres fois, le chancre se développe au niveau d'une piqûre restée stérile au point de vue vaccinal ou bien encore les lésions de la vaccine et de la syphilis empiètent les unes sur les autres, la pustule vaccinale se prolonge et le chancre apparaît plus tôt. La croûte de la vaccine persiste au lieu de tomber, devient plus dure, plus épaisse et apparaissent des phénomènes inflammatoires étrangers à cette période. Puis, la croûte tombe et l'ulcération spécifique se montre avec les caractères que nous lui connaissons.

La constatation du chancre est *extrêmement importante* ; en effet, si on vaccine un enfant atteint de syphilis congénitale, ne peut-on pas accuser le médecin d'avoir donné la syphilis à cet enfant si les accidents syphilitiques font leur apparition après la vaccination ? La constatation du chancre juge la question.

La vraie syphilis vaccinale débute par un chancre du bras qui ne diffère du chancre syphilitique ordinaire que par ce fait qu'il constitue une *lésion croûteuse* à sa période adulte.

La syphilis vaccinale n'emprunte à son mode de contagion aucune gravité particulière. La gravité qu'elle offre parfois dépend de l'âge du sujet, de son état de santé et aussi de ce qu'elle reste plus ou moins longtemps méconnue.

Pour qu'elle se produise, il n'est pas indispensable que le sujet sur lequel on a pris le vaccin présente à ce moment des accidents ; non, il

suffit qu'il soit syphilitique. Bien plus, la contagion vaccinale peut avoir lieu pendant la période d'incubation de la syphilis. Un enfant sain, vacciné avec du vaccin de syphilitique, sur lequel on prend au bout de huit jours du vaccin donne la syphilis avant l'apparition de l'accident initial sur lui-même. Un fait semblable s'est produit à Rivalta.

Le vaccin conservé est aussi dangereux que le vaccin porté de bras à bras. A Lupara, la syphilis fut apportée dans du vaccin en tube.

On ignore quel est, dans le vaccin, l'agent contagieux (vaccin lui-même, sérum, pus ou sang). Robin a démontré que le vaccin, même le plus transparent, contenait des globules de sang; Depaul a prouvé que le vaccin le plus pur peut transmettre la syphilis : la question reste donc insoluble.

Diagnostic du chancre vaccinal. — On pourrait le confondre avec la vaccine ulcéreuse qui survient surtout chez les enfants faibles ou vaccinés trop tôt et vaccinés avec le cow-pox. Mais cette forme de vaccine consiste en ulcérations phagédéniques de mauvaise apparence, gangréneuses quelquefois, entourées d'une aréole inflammatoire étendue et phlegmoneuse dans quelques cas. De plus, cette ulcération se produit douze à quinze jours après la vaccination; le chancre n'apparaît généralement pas avant le vingt-cinquième jour après l'inoculation.

Il arrive que la vaccine est suivie d'éruptions diverses qui pourraient en imposer pour des éruptions syphilitiques. Elles consistent tantôt en roséole, tantôt en papules ou en plaques scarlatiniformes. Mais ce sont des lésions fugaces, aiguës, fébriles qui apparaissent le plus souvent neuf à douze jours après la vaccination. Nous avons vu plus haut que la constatation du chancre pouvait seule faire reconnaître la fausse syphilis-vaccinale congénitale ou acquise.

Traitement. — Il ne présente rien de particulier, mais il est important de connaître les moyens prophylactiques. La syphilis pouvant être transportée par l'intermédiaire d'instruments mal entretenus, il suffit de signaler ce fait pour qu'il soit évité. On ne doit jamais se servir d'une lancette sans l'avoir lavée. Malgré tous ces moyens, M. Fournier pense que le véritable préservatif est la vaccination animale; en dehors d'elle, il indique cinq mesures prophylactiques à prendre :

- 1° S'assurer de la bonne santé des parents du vaccinifère ;
- 2° S'informer de la santé de la nourrice, si l'enfant en a une;
- 3° Rechercher par tous les moyens possibles si l'enfant est bien portant et s'il n'a jamais eu rien de suspect;
- 4° La syphilis infantile apparaissant le plus souvent dans les trois

premiers mois qui suivent la naissance, prendre comme vaccinifère un enfant ayant dépassé cet âge ;

5° Prendre des précautions pour attaquer la pustule superficiellement ; ne prendre que du liquide clair.

Malheureusement toutes ces précautions ne présentent qu'une sécurité relative.

G.

REVUE ÉTRANGÈRE.

DERMATOLOGIE.

DER SALBENMULLVERBAND, EIN BEITRAG ZUR BEHANDLUNG DES EKZEMS (PANSEMENT AVEC DE LA MOUSSELINE ENDUITE DE POMMADE. CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'ECZÉMA), par le D^r P.-G. UNNA.

Dans ces dernières années, la chirurgie a réalisé de très grands progrès dans la nature et le mode des pansements, ces résultats ont également profité à la dermatologie, et tout ce qui se rattache au traitement local des maladies de la peau s'est notablement amélioré. Il est vrai de dire, comme le fait avec raison remarquer Unna, que ces affections se prêtent tout particulièrement au perfectionnement des méthodes de traitement. Aussi, sans rien négliger de ce qui concerne la thérapeutique générale, doit-on aussi, porter la plus grande attention au traitement local des lésions de la peau, et si nous sommes peut-être moins avancés encore qu'on ne l'est en ophtalmologie, cela tient non au zèle et au talent des dermatologistes, mais bien à la nature de l'organe qui est l'objectif de leurs soins. En effet, plus que tous les autres organes, la peau est exposée aux influences nocives extérieures, et une bonne part de l'attention du praticien doit avoir pour but de lutter contre ces conditions désavantageuses. Faut-il, comme le pense Unna, admettre que l'on impute à tort à des causes internes, inconnues, ce qui devrait être attribué à ces causes externes ? Nous ne le pensons pas. Mais tout en faisant aux causes générales, aux états constitutionnels, la part qui leur revient, nous croyons aussi qu'il importe de neutraliser

autant que possible les influences nuisibles externes et d'améliorer la technique du traitement externe.

L'auteur, s'inspirant des procédés qui ont aujourd'hui cours en chirurgie, propose le traitement suivant, dans tous les eczémas (secs ou humides) du cuir chevelu, des oreilles, de la face et du cou, des organes génitaux (chez l'homme et chez la femme), des jambes et des mains. Il emploie des bandes de mousseline, non empesée, de 2, 3 et 4 centimètres de large et de 1 mètre de long, et des compresses de 10 à 20 centimètres de large sur 50 centimètres à 1 mètre 1/2 de longueur. Il trempe ensuite ces pièces de pansement dans des pommades fondues, qui par leur composition, correspondent aux pommades les plus efficaces dans l'eczéma (Pommade de Hebra, pommade au zinc de Wilson, les différents onguents mercuriels, etc.), seulement Unna recommande de remplacer la graisse de porc et l'huile par des graisses moins fusibles et surtout par la graisse de mouton.

S'il s'agit d'un eczéma de l'anus et du scrotum, on nettoie soigneusement les parties malades, puis on les poudre avec de la poudre de riz, de talc, etc. On applique alors des morceaux de mousseline préparée qui correspondent à la surface malade, et on les maintient exactement appliqués sur la peau à l'aide d'un bandage approprié. On a ainsi une espèce de pansement par occlusion que le malade peut parfois conserver jusqu'à la guérison de l'eczéma. Dans les eczémas sécrétants, il est nécessaire de changer le pansement, dans les premiers temps, même deux fois par jour. Le plus souvent il suffit de le renouveler une fois par jour chez les malades qui continuent de vaquer à leurs affaires. Ce mode de traitement est très bien supporté et est suivi de guérison dans un temps relativement plus court qu'avec les autres pansements.

L'auteur a vu guérir, à l'aide de cette méthode, dans l'espace de une à deux semaines, des eczémas rebelles des mains et des doigts. Dans ces cas il suffit d'appliquer une fois par jour, chez les ouvriers avant qu'ils ne se mettent au travail, des morceaux de mousseline enduits d'une pommade au plomb, qui est la plus adhésive et que l'on maintient exactement sur les parties malades avec un bandage. Ce traitement offre un dernier avantage qui mérite d'être pris en sérieuse considération, c'est d'être meilleur marché que les autres (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 35, 1880).

A. DOYON.

EIN FALL VON CHININEXANTHEM (CAS D'EXANTHÈME QUINIQUE), par le
D^r KARL DENK.

Les éruptions consécutives à l'administration du sulfate de quinine ne sont pas rares. Il est peu de médecins qui n'aient eu l'occasion d'en voir quelques cas et elles sont signalées par bon nombre d'auteurs, notamment par Bazin. Le plus habituellement il s'agit de simples roséoles, mais d'autres fois, comme dans le fait actuel, il se produit une rougeur uniforme, scarlatiniforme, puis on voit survenir de nombreuses petites vésicules. Dans un des cas rapportés par Bazin les vésicules étaient très confluentes et pemphigoides par places. Toutefois, le fait suivant est intéressant en raison de la faible dose de quinine administrée. L'observation a été recueillie par le D^r Denk à la clinique du professeur Arlt.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans entré à la clinique le 3 janvier pour une conjonctivite lymphatique (pannus). Le lendemain, en raison d'une anémie assez prononcée, on prescrivit de prendre deux fois par jour une prise contenant :

Fer.....	0,10	centigrammes.
Sulfate de quinine	0,02	centigrammes.

Le jour suivant, on vit apparaître sur la cornée plusieurs petits infiltrats; on fit faire trois fois par jour, sur le front, des frictions avec une pommade d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone.

Le 10 au matin, on constata l'état suivant : tuméfaction modérée des paupières, conjonctivite légère, infiltrats plus petits sur la cornée droite. Toute la surface cutanée était légèrement tuméfiée et présentait une rougeur scarlatiniforme régulière, pâlisant sous la pression du doigt; il existait aussi de nombreuses vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, elles étaient très confluentes au cou, dans le creux des aisselles et sur le tronc. On cessa la pommade à laquelle on avait attribué l'éruption.

Le 13, on suspend le mélange ferro-quinique. L'éruption vésiculeuse commence à se dessécher. Le 14, pas de fièvre, desquamation elle se continue les jours suivants, d'une manière régulière, sur tous les points envahis; aux doigts et aux orteils exfoliation de larges lamelles épidermiques.

Le 20 janvier, après une interruption de 8 jours, on reprend la poudre ferro-quinique. Le lendemain, légers malaises, fièvre, céphalalgie, etc.

Le matin du 21, on donne encore la même préparation et, à la visite, la peau présente une coloration scarlatiniforme semblable à la première fois, pas d'éruption vésiculeuse.

Le voile du palais, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx sont légèrement rouges. Pas d'albumine dans les urines.

Cette nouvelle apparition d'un érythème général ne laisse aucun doute sur sa cause.

On supprime la quinine. Le lendemain, la rougeur cutanée a déjà notablement diminué.

Le 23, desquamation, elle suit la même marche que la première fois. A la fin de la première semaine de février elle était presque terminée.

En résumé, la première apparition de l'érythème a eu lieu après l'administration de 80 centigrammes de sulfate de quinine; la seconde après deux doses de 40 centigrammes. L'absence de vésicules dans cette deuxième éruption peut être attribuée à la faible quantité de quinine, peut-être aussi au manque d'irritation occasionnée par l'onguent gris. Entre la première dose de quinine et l'apparition de la dermatite, il y eut dans le premier cas un intervalle de près de quatre jours, dans le dernier de douze heures seulement, bien que la quantité de quinine fût beaucoup moindre.

S'agit-il dans ce cas d'une intoxication ou d'une névrose vaso-motrice (réflexe) des vaisseaux cutanés, comme on l'admet pour l'urticaire? L'auteur se range à la première hypothèse. Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion d'observer des phénomènes analogues, soit à la suite de médicaments, soit à la suite de certains aliments. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 34. 1880.)

A. D.

MYKOLOGISCHE BEITRÄGE (ÉTUDES MYCOLOGIQUES), par le Dr P.-G. UNNA.

- I. — *Herpes tonsurans vesiculosus in drei concentrischen Ringen auftretend.* — *Herpès tonsurant vésiculeux, se manifestant par trois anneaux concentriques.*

Le cas que rapporte le Dr Unna est un nouvel exemple de l'affection décrite par le Dr Manson, sous le nom de teigne « imbriquée » qui, suivant cet auteur, se distingue pathognomoniquement de la teigne tondante ordinaire par la multiplicité des cercles.

Il s'agit d'une petite fille de 11 ans, vivant dans des conditions misérables. Sur la région dorsale, au niveau de la fosse sus-épineuse gauche, on voyait des cercles concentriques, très régulièrement disposés et complètement formés. L'aspect des cercles était très régulier, tous présentaient le même degré de développement. Ils consistaient en bourrelets légèrement élevés d'environ 3 millimètres de largeur, qui portaient sur une base un peu rouge, des squames sèches, blanchâtres et, sur le liséré externe, quelques vésicules disséminées çà et là. Les intervalles situés entre les bourrelets avaient à peu près la même largeur, environ 4 millimètres. L'examen microscopique des squames démontra l'existence d'assez nombreux filaments de mycélium et de chaînes de gonidies.

En interrogeant la malade, on apprit que dans le cours de quelques semaines il s'était développé d'abord un, puis deux et enfin trois cercles partant toujours du même point, et que la mère avait éprouvé peu de temps auparavant une affection squameuse du cuir chevelu avec chute des cheveux. La parfaite conservation de cette plaque d'herpès tenait probablement à l'absence de douleur des parties immédiatement adjacentes, à l'épaisseur et à l'insensibilité relative de la région dorsale, et enfin à la difficulté du grattage.

A. D.

II. — Eine ringförmige Varietät von *Pityriasis versicolor* (Variété annulaire du *pityriasis versicolor*).

Vers la fin de 1879, il y eut à Hambourg un nombre considérable d'affections parasitaires de la peau.

Il est probable que cet état était dû à la rigueur inaccoutumée de l'hiver. Ce que l'on observa surtout fut une quantité vraiment exceptionnelle d'herpès tonsurant et de *pityriasis versicolor*. Les recherches faites sur les prostituées, par le Dr Unna, sont bien plus concluantes que celles tirées de la pratique privée. Ainsi, dans un seul quartier, au commencement de février, sur 82 femmes, on constata 17 cas de mycoses, dont la plus grande partie était représentée par du *pityriasis versicolor*, c'est-à-dire environ 20 0/0, et encore chez des personnes habituées aux soins de propreté. On observa le même résultat dans d'autres quartiers.

L'auteur a eu également, l'occasion à ce même moment, de constater très souvent le phénomène, jusqu'alors inconnu, du *pityriasis versicolor* se transformant en anneaux comme l'herpès tonsurant vésiculeux. Les taches nouvellement apparues étaient toujours de forme circulaire avaient l'étendue d'une pièce de 1 franc. Pendant que ces taches s'agrandissaient à

la périphérie, la couleur brune du centre disparaissait complètement et on voyait des anneaux ayant l'étendue d'une pièce de 2 francs, tandis que le centre devenait pâle et avait les dimensions de la plaque primitive.

Ces éruptions aiguës et en forme de cercles n'avaient pas de tendance à devenir confluentes, comme le pityriasis généralisé qui a une marche très chronique.

L'affection s'améliora, et disparut même dans quelques cas, spontanément, avec des lotions ordinaires. Dans d'autres circonstances un traitement approprié détermina une réduction des anneaux pendant que la croissance périphérique ne dépassait jamais l'étendue d'une pièce de 2 francs, mais le centre pâle s'agrandissait petit à petit. Il ne se produisit pas de transformation de formes annulaires en formes ordinaires de cercles; mais, au contraire, le Dr Unna observa les deux variétés sur le même individu; par exemple, il trouva sur la poitrine des taches circulaires confluentes, et des anneaux discrets sur la région inguinale.

C'est un dogme indiscutable que le pityriasis versicolor ne s'observe que sur les parties recouvertes et à l'abri de la lumière. Les places de prédilection de cette affection parasitaire sont le tronc et les membres, en tant qu'ils sont recouverts; au contraire, la figure, les mains et les pieds sont en général indemnes.

Chez un ouvrier cigarier, âgé de 38 ans, l'auteur trouva un pityriasis versicolor sur le tronc et les bras; comme le malade se plaignait en même temps, d'une forte démangeaison de la barbe, on vit à un examen plus attentif, qu'il présentait non seulement des taches pityriasiques disséminées sur les parties recouvertes du cou, mais encore sur toute la moitié inférieure de la face. Il s'agissait d'un individu de taille moyenne, robuste, à tissu grasseux abondant, transpirant facilement, et à système pileux développé et noir. Il portait les favoris et les moustaches, et entre des poils sains, épais, coupés en brosse, on trouva autour du menton et de la bouche des plaques confluentes de pityriasis, qui occasionnaient, comme toujours dans les régions velues, du prurit et, par suite du grattage, une légère rougeur et une desquamation abondante de la région atteinte. Les taches pityriasiques étaient parfaitement visibles entre les tronçons de poils d'ailleurs tout à fait sains.

L'affection céda rapidement à un traitement approprié.

L'auteur avait déjà eu l'occasion, quelques années auparavant, d'observer sur lui-même, une petite colonie de pityriasis versicolor qui, partant du centre de la région sternale, gagnait la ligne médiane du cou; en ce point elle se développa à l'abri de la barbe, et au bout

de peu de jours elle poussait de petits avant-postes, peu tenaces, d'ailleurs, jusqu'au voisinage de la bouche. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1880, n^{os} 2 et 3.) (A suivre.) A. D.

Ein Fall von sehr grossem fibroma molluscum en kopf und gesicht
Fibrome molluscum très volumineux siégeant sur le cuir chevelu et la face), par le Dr R. Schultze.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui présentait une tumeur extrêmement volumineuse sur le côté droit de la tête et de la face. Cette tumeur avait commencé, vers l'âge de 4 ans, dans la région temporale droite; au début elle avait la grosseur d'un pois. Au bout d'un an elle présentait le volume d'une petite poire. Un médecin, consulté à cette époque, enleva une partie de la tumeur; à la suite de cette opération ses progrès furent des plus rapides.

Au moment où le malade entre dans le service de M. le professeur Lücke, le diamètre vertical de la tumeur mesure 31 centimètres; dans sa plus grande largeur 22 centimètres, et 12 à 13 centimètres d'épaisseur. Elle est composée de trois lobes séparés par des sillons profonds. En aucun point il n'existe de fluctuation. Le pavillon de l'oreille est complètement recouvert par le lobe supérieur qui le dépasse en arrière d'environ 2 pouces.

Le pédicule de la tumeur est implanté sur la peau de la joue; un peu au-dessus de la ligne dentaire inférieure, en sorte que les mouvements de la mâchoire inférieure sont entièrement libres.

La surface est dans son tiers supérieur recouverte d'assez nombreux poils, au point qu'on peut admettre que cette portion faisait primitivement partie du cuir chevelu. On trouve également quelques poils sur le bord inférieur antérieur, qui correspondait probablement aux favoris.

Le lobe supérieur présente un développement considérable des glandes des follicules pileux, aussi la peau présente-t-elle à ce niveau, ressemble-t-elle assez exactement à une passoire.

Cette tumeur énorme fut considérée, et avec raison, comme le prouva son étude histologique, comme un fibrome molluscum du cuir chevelu de la peau et de la face.

L'opération fut pratiquée par le professeur Lücke. Les résultats furent des plus satisfaisants.

La tumeur pesait plus de 3 kilogrammes 1/2.

Examinée par le professeur de Recklinghausen, elle offrait les caractères suivants :

Le tissu qui entraînait dans sa composition était, en général fibreux, très élastique, cà et là décoloré et un peu transparent, sans trainées fibreuses évidentes, la texture régulière n'était interrompue le plus souvent que par des sinus veineux béants, au point que l'on pouvait y introduire l'extrémité du petit doigt. À part ces gros troncs vasculaires que l'on rencontrait principalement sur la surface externe, l'appareil vasculaire était peu développé dans le tissu propre de la tumeur. La ligne de démarcation d'avec la peau et le tissu conjonctif était peu marquée; à la périphérie, au niveau de ce dernier, la tumeur se terminait par des cordons et des masses isolés qui étaient reliés entre eux par un tissu connectif très lâche.

La peau qui recouvrait la tumeur paraissait tendue, légèrement dure, brunâtre, inégale par suite de la présence de petites dépressions et recouverte de poils disséminés.

Au microscope, elle était constituée par du tissu conjonctif fibrillaire ordinaire, pauvre en cellules, dans lequel il était facile de suivre le réseau vasculaire capillaire. Dans les couches superficielles, notamment dans les points où la peau était la plus adhérente, on pouvait reconnaître les canaux très allongés des glandes sudoripares, et ces glandes elles-mêmes dont quelques pelotons étaient légèrement séparés les uns des autres. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tom. XIII, n^o 5 et 6, novembre 1880.)

A. D.

UEBER DIE VERÄNDERUNGEN DER LYMPHDRÜSEN BEI LEPRO TUBEROSA (DES MODIFICATIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES DANS LA LÈPRE TUBERCULEUSE), par le D^r IWANOWSKY (de Saint-Pétersbourg).

Au nombre des lésions qui se produisent dans les diverses variétés de lèpre, il faut signaler les modifications que présentent les ganglions lymphatiques. Il en est bien fait mention dans les travaux qu'on a publiés sur la lèpre, mais il a semblé à l'auteur qu'il serait utile de préciser autant que possible ces altérations. Selon Virchow et la plupart des auteurs, les ganglions lymphatiques chez les lépreux seraient le siège d'une hyperplasie ordinaire. Arnauer Hansen leur attribue un caractère lépreux spécial sans cependant dire en quoi il consiste. Il est, toutefois, à

présumer que les bubons lépreux offrent des caractères en rapport avec la nature spéciale de l'irritation qui leur a donné naissance. Il en est, du reste, ainsi dans les engorgements des ganglions lymphatiques dus à des processus locaux de caractères différents ; ces engorgements se distinguent, en effet, par leur évolution et par les modifications histologiques qui surviennent dans le tissu ganglionnaire.

M. Iwanowsky a eu l'occasion de faire la nécropsie de deux jeunes sujets (de 25 et 29 ans), atteints de lèpre depuis quelques années. L'un d'eux succomba aux suites d'une diarrhée chronique provoquée par de vastes ulcérations ayant leur siège dans le gros intestin, l'autre à une pyémie consécutive à des eschares produites par un décubitus prolongé et à l'ulcération de nodosités lépreuses des membres inférieurs. Chez ces deux malades on rencontrait des nodosités lépreuses à la face, sur le tronc et les membres ; quelques-unes de ces nodosités étaient ulcérées.

Les ganglions lymphatiques des régions cervicale, axillaire, inguinale et rétro-péritonéale étaient très tuméfiés, en quelques points ils atteignaient le volume d'une grosse noix.

Dans bon nombre de ganglions il y avait une prolifération notable de tissu graisseux et une diminution correspondante du tissu propre de la glande. Ces mêmes lésions existaient dans les glandes mésentériques, non seulement chez le sujet qui avait succombé à une affection intestinale, mais encore chez l'autre malade qui n'avait présenté aucune lésion intestinale.

L'examen microscopique permit à l'auteur de reconnaître des modifications intéressantes dans les éléments lymphatiques, dans le stroma glandulaire et dans les vaisseaux sanguins qui s'y trouvaient.

Les cellules lymphatiques en petit nombre étaient 2 ou 3 fois plus grosses qu'à l'état normal et renfermaient soit des corpuscules de pigment rouge brun, soit des corpuscules rouges du sang ratatinés. On trouvait, d'ailleurs, des corpuscules rouges dans les sinus glandulaires à l'état libre, réunis en amas ou bien disséminés entre les corpuscules lymphatiques.

Les cellules lymphatiques dans les follicules étaient de forme très différente : 1° cellules ordinaires, petites ou légèrement tuméfiées contenant souvent deux noyaux ; 2° des éléments plus volumineux renfermant des corpuscules rouges du sang ou des noyaux de pigment sanguin ; 3° de grosses cellules épithéliales avec de gros noyaux très visibles et un protoplasma granuleux ; 4° de très gros éléments cellulaires rappelant les cellules géantes, mais qui s'en distinguaient par l'absence de

noyaux multiples, il contenait un gros noyau unique ou n'en renfermaient point.

Les deux dernières espèces de cellules présentaient la forme décrite ci-dessus avec un protoplasma faiblement granuleux et très distinct ou bien contenaient une grande quantité de gouttelettes de graisse plus ou moins volumineuses. Il était, en outre, facile de démontrer la présence d'un protoplasma cellulaire et d'un noyau. Les gouttelettes de graisse étaient pour la plupart dans les sinus glandulaires, rarement on en trouvait de petites, à l'état libre.

C'est dans les sinus des ganglions lymphatiques qu'on voyait presque exclusivement les cellules contenant les corpuscules rouges du sang ou des granulations pigmentaires ainsi que des corpuscules libres du sang, quelques-uns seulement étaient disséminés dans les follicules.

Les corpuscules lymphatiques ordinaires remplissaient tous les follicules, on ne voyait parmi eux aucun autre élément, ou disséminés çà et là en plus ou moins grande quantité des corps cellulaires, sphériques volumineux, brillants, qui répondaient aux cellules fixes du stroma réticulé des glandes. Les cellules étaient en si grand nombre qu'elles recouvraient complètement le réticulum.

Les cellules lymphatiques modifiées occupaient pour la plus grande part tous les follicules. Dans quelques-uns de ceux-ci, on observait surtout des cellules épithélioïdes hypertrophiées, dans d'autres des cellules infiltrées de graisse et de gros corps granuleux. Quelques follicules étaient même tellement remplis de ces éléments qu'il était impossible de distinguer le stroma réticulaire ou même les contours des cellules isolées. Dans ces cas on voyait au microscope une masse granuleuse informe, dans laquelle étaient disséminées çà et là des gouttelettes de graisse de différentes grosseurs. Il en résultait un aspect tout à fait semblable à celui qu'on trouve dans la métamorphose caséuse des ganglions lymphatiques. A un examen plus attentif on voyait qu'il ne s'agissait pas d'un produit de désagrégation ou de masses amorphes, mais d'amas de cellules plus ou moins volumineuses remplies de graisse.

Au voisinage du hile du ganglion le nombre des cellules lymphatiques diminuait et elles étaient remplacées par des corpuscules lymphatiques ordinaires ou par de gros corps gras en forme de boule jusqu'à ce que, par l'augmentation de ces derniers, on eût l'image du tissu grasseux ordinaire du hile. Ce tissu était ici très abondant et sous forme de prolongements parfois, assez profondément enfoncés dans le tissu ganglionnaire.

Le stroma réticulaire des glandes présentait des modifications très importantes : les trabécules des sinus étaient très épaissis, leurs éléments cellulaires très augmentés de volume et très visibles. Les cellules se présentaient sous l'aspect de corps fusiformes, avec deux prolongements à leurs extrémités et étaient placées à la surface des trabécules, ou bien sous forme de grosses cellules étoilées, avec de nombreux prolongements se modelant sur la forme stellaire du stroma réticulaire. Ces deux espèces de cellules avaient des noyaux assez gros, très visibles et un protoplasma finement granuleux qui, dans la plupart des éléments, contenait un grand nombre de petits corpuscules de pigment rouge brun. Dans le stroma réticulaire des follicules, on trouvait les fibrilles du réseau un peu épaissies en quelques points, mais pour la plupart non modifiées, quant aux cellules elles présentaient des anomalies très importantes. Elles étaient très augmentées de volume et avaient la forme de gros corps étoilés ou arrondis. Une partie de ce corps consistait en un protoplasma finement granuleux avec un assez gros noyau, clair, très visible et ressemblant beaucoup aux cellules épithélioïdes décrites ci-dessus, dont on ne pouvait les distinguer que par leur rapport avec les autres éléments du réticulum par l'intermédiaire des prolongements. Quelques-unes de ces cellules contenaient plusieurs petits noyaux, de 2 à 5. L'autre espèce d'éléments cellulaires du stroma se distinguaient par leur grosseur et leur forme différentes, et en ce que leur protoplasma contenait une quantité plus ou moins forte de graisse.

Tous ces éléments présentaient des formes transitoires entre les cellules à protoplasma actif et les cellules adipeuses : 1° des cellules étoilées qui étaient identiques comme grosseur aux éléments de la première espèce, et qui, outre le noyau, contenaient encore une ou plusieurs fines gouttelettes de graisse ; 2° de grosses cellules à contours arrondis et remplies d'une grande quantité de gouttelettes de graisse au point que le noyau cellulaire n'était souvent pas visible ; 3° de gros éléments contenant une gouttelette de graisse ; et 4° de corps volumineux en hémisphériques, fortement réfringents, dont toutes les propriétés approchaient de véritables cellules adipeuses.

On rencontrait presque exclusivement les formes de transition des cellules dans les follicules remplis de corpuscules lymphatiques infiltrés de graisse ; on trouvait des cellules adipeuses complètement formées dans ces follicules ainsi que dans ceux qui ne contenaient que des corpuscules lymphatiques ordinaires. Plus on se rapprochait du hile, plus le nombre des cellules adipeuses augmentait, de sorte qu'on

finissait par ne trouver que du tissu graisseux ordinaire à la place du tissu adénoïde.

Dans les parois des vaisseaux sanguins contenus dans les ganglions lymphatiques malades, il y avait une augmentation considérable de cellules sur les vaisseaux capillaires, les éléments endothéliaux étaient tuméfiés et contenaient souvent plusieurs noyaux. Le nombre des éléments était également plus considérable, aussi formaient-ils souvent plusieurs couches de 2 à 3. Le calibre des capillaires était dans ces points notablement rétréci, au point d'avoir souvent tout à fait disparu. Dans les plus petites veines il y avait aussi souvent dans l'adventice un amas d'éléments cellulaires, quelques cellules de l'adventice contenaient des gouttelettes de graisse et s'étaient transformées, en quelques points, en cellules graisseuses.

En résumé, il ressort des recherches faites par l'auteur sur les ganglions lépreux, qu'il existe deux séries principales de modifications pathologiques. La première présente les caractères de l'hypertrophie irritative habituelle des ganglions qui se traduisent par l'augmentation du nombre ou du volume des corpuscules lymphatiques, par l'hyperplasie des éléments des parois vasculaires et l'épaississement des trabécules du stroma ganglionnaire. Ces modifications sont d'après leur nature, identiques aux phénomènes que l'on remarque dans beaucoup d'autres affections locales et générales qui s'accompagnent d'engorgement des ganglions lymphatiques.

La seconde série des modifications consiste dans l'accumulation de graisse qui a lieu aussi bien dans les corpuscules lymphatiques hypertrophiés que dans les cellules nodales du stroma réticulaire. Dans ces dernières, le processus cesse avec leur transformation complète en véritables cellules adipeuses, et à mesure que cette transformation progresse, le tissu adénoïde se transforme en tissu graisseux ordinaire.

La production du tissu graisseux dans les glandes lymphatiques sous l'influence de l'irritation dans différentes maladies (par exemple, dans des ulcères chroniques), est connue depuis longtemps, et a été décrite par le professeur Virchow. Le point intéressant, c'est le mode de développement de cette transformation d'un tissu dans un autre. En ce qui concerne la part des corpuscules lymphatiques dans le processus, elle mérite, quelque attention. L'absence des phénomènes de destruction dans les corpuscules lymphatiques remplis de graisse, différencie suffisamment ce processus de la métamorphose caséuse habituelle; aussi l'auteur considère-t-il cet état non comme une dégénérescence graisseuse, mais comme une infiltration de graisse des co-

puscules lymphatiques, processus qui est d'après sa nature analogue à l'infiltration graisseuse des cellules du foie. Comme l'indique l'observation, à mesure que le nombre des cellules de graisse augmente, on voit diminuer celui des formes de transition et des corpuscules lymphatiques infiltrés de graisse, l'auteur croit donc pouvoir admettre que l'infiltration graisseuse décrite ci-dessus n'est qu'une période de transition, qui peut cesser dans des conditions favorables avec le retour à l'état normal des corpuscules lymphatiques modifiés.

Voici comment on peut se représenter l'évolution du processus : dans les ganglions lymphatiques la graisse arrive du dehors à l'état libre (dans les deux cas décrits ci-dessus, probablement de la région des néoplasmes cutanés lépreux ou la destruction du tissu graisseux à la suite de l'envahissement des néoformations lépreuses avait lieu sur celui-ci et consécutivement à des ulcérations profondes), elle est résorbée par les corpuscules lymphatiques, après quoi se produit leur infiltration graisseuse, la graisse arrive alors peu à peu dans les cellules du stroma réticulaire et ces dernières se changent en cellules graisseuses, pendant que les éléments lymphatiques, à mesure qu'ils cèdent aux cellules fixes la graisse dont ils se sont chargés reviennent de nouveau à l'état normal, et enfin sont transportées hors des parties de la glande dans lesquelles se forme le tissu graisseux.

La troisième série de modifications, — la pigmentation, — est manifestement le résultat de la destruction des corpuscules rouges du sang. Leur apparition dans les ganglions lymphatiques tient peut-être aussi en partie à des troubles locaux de la circulation du sang qui surviennent à la suite des modifications dans les vaisseaux, dans lesquels on a observé le rétrécissement de leur calibre, et même son obturation complète. Mais si l'on tient compte de la pigmentation et de l'accumulation des corpuscules rouges du sang, principalement dans les sinus, on doit admettre que ces modifications dépendent de l'introduction dans le ganglion de globules rouges venus de l'extérieur, probablement de la région des nodosités cutanées lépreuses.

Toutes les modifications décrites ici, prises isolément, peuvent naturellement survenir dans des processus morbides de nature différente, mais, considérées dans leur ensemble, on peut, jusqu'à un certain point, les regarder comme celles d'une adénite spéciale à la lèpre. (R. Virchow's *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, etc., tome LXXXI, cahier 3, 1880.)

A. D.

URTICARIA DURCH PERUBALSAM (URTICAIRE PROVOQUÉE PAR LE BAUME DU PÉROU), par le D^r MÖGLING.

Si l'urticaire est le plus habituellement occasionnée par l'irritation des nerfs du goût et des voies digestives, elle survient aussi sous l'influence de causes externes qui agissent directement sur la surface cutanée. Toutes les substances irritantes peuvent, à un moment donné et plus particulièrement chez les personnes qui ont la peau fine et délicate, donner lieu à une éruption ortiée.

Dans le cas actuel, l'auteur qui est le sujet même de l'observation, après avoir pris, le 18 novembre, un bain chaud, suivi d'une friction avec 8 grammes de baume du Pérou, constata les phénomènes suivants :

Congestion pulmonaire caractérisée par du malaise, une sensation de brûlure dans la poitrine et un violent accès de toux qui dura une demi-heure. Ces mêmes phénomènes s'étaient déjà produits il y a quelques années avant l'apparition d'une hémoptysie abondante. Le lendemain il constata, à son réveil, quelques plaques rouges au niveau du genou droit et sur les épaules, avec un léger prurit. — Le même soir, au retour d'une longue course en voiture, apparition d'une urticaire très prononcée sur les côtés antérieur et externe des cuisses et des épaules, laquelle s'étendit ensuite aux hypochondres et aux bras. Dans la nuit l'éruption gagna encore le côté de l'extension des jambes et la face dorsale des pieds. Le lendemain la face et le dos des mains furent également envahis, cette éruption se dissipa rapidement.

Le 22, à la suite d'une nouvelle course en voiture, par 6° de froid, il se produisit une poussée d'urticaire sur les points non encore atteints.

Le 23 il y eut une éruption ortiée, mais cette fois sur le ventre et les parois du thorax. Depuis les accidents n'ont plus reparu.

Deux points méritent d'être notés dans cette observation, ainsi que le remarque très justement le D^r Mögling. La congestion pulmonaire survenue le premier soir présente une double signification : soit que les poumons aient été intéressés comme lieu de réception, soit qu'ils aient été affectés tout d'abord comme *locus minimæ resistentiæ*, le malade ayant eu à plusieurs reprises des bronchites et des hémoptysies. En second lieu il est assez bizarre que, graduellement et par poussées successives, toutes les régions du corps aient été le siège de l'urticaire sans que aucunes d'entre elles n'ait été affectée une deuxième

fois à un haut degré. Malgré sa cause locale, l'éruption a continué à évoluer plus de quatre jours. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 39, 1880.)

A. D.

CAS DE MÉLANO-SARCOMES MULTIPLES DE LA PEAU, par L. DUNCAN BULKLEY.
(*Boston médical and surgical journal*, 4 mars 1880.)

Voici le résumé de cette intéressante observation :

Jeune homme de 22 ans et 9 mois, au moment de sa première visite à l'auteur. Rien du côté de l'hérédité; comme maladies antérieures: convulsions dans l'enfance et grenouillette opérée sans résultat notable. A l'âge de 16 ans, pendant qu'il surveillait le cerclage d'un tonneau, un éclat de matière indéterminée le frappe à l'œil droit et lui fait une contusion à la partie externe de la sclérotique; des moyens très simples viennent d'abord à bout de l'inflammation, mais peu à peu apparaît en ce point une petite tumeur noire, qui fait saillie et a atteint la dimension d'un gros pois. Trois ans et demi après, commence une généralisation cutanée d'une intensité extraordinaire. A la fin de 1874, toute la surface de la peau est couverte, des pieds à la tête, de tumeurs plus ou moins saillantes, dont quelques-unes n'ont pas altéré la coloration de la peau, tandis que d'autres présentent des nuances variées, depuis le brun grisâtre jusqu'au bleu noir foncé. Les tumeurs sont innombrables; leur forme est, en général, arrondies, leur généralisation s'est surtout accentuée depuis neuf mois, à un tel point que la teinte générale de la peau en est obscurcie et rappelle celle qu'on observe dans la maladie d'Addison ou après une absorption prolongée de nitrate d'argent.

Quelques-unes de ces tumeurs ont subi un processus de régression très singulier: arrivées à une certaine dimension, elles ont pris une teinte pourpre, qui est devenue de plus en plus foncée, et pendant ce temps ont paru se flétrir, pour s'affaïsser et se décolorer peu à peu, et enfin ne laisser de leurs traces qu'une teinte analogue à celle du nitrate d'argent. Au moment où la disparition s'accroissait, on voyait se former autour de la tumeur un anneau bleuâtre, induré dans quelques cas et persistant, anneau qu'on retrouve aussi dans quelques tumeurs qui n'ont pas subi la phase de régression. Toutes les fois que ces phénomènes ont eu lieu, ils se sont accompagnés d'hémorragies spontanées ou provoquées par la pression à la surface des néoplasmes.

Les organes thoraciques sont sains; le foie est hypertrophié sans

phénomènes accusés par le sujet. Les urines, noires de café, contiennent un abondant sédiment formé par du pigment et par des urates et des oxalates.

L'état général du malade est resté bon très longtemps, et ne s'est réellement altéré que trois mois environ avant la mort, survenue le 16 mai 1875. Plusieurs abcès se formèrent alors au niveau des tumeurs; les membres inférieurs s'œdématisèrent, la fièvre s'alluma, et la mort survint au milieu du délire.

A l'autopsie, outre les tumeurs cutanées innombrables, de dimension variant entre un pois et un œuf de poule, on a trouvé des dépôts pigmentaires dans le foie, dans les ganglions bronchiques, mésentériques et cervicaux, ainsi qu'un noyau dans la dure-mère. Quelques détails anatomiques plus explicites auraient ajouté beaucoup à la valeur du fait en question, il n'est pas mention dans l'autopsie de l'examen microscopique des organes. Tout ce que nous savons de la nature histologique de ces tumeurs nous est fourni par l'examen de deux petites tumeurs enlevées en 1874 et étudiées par M. Sherwell (de Brooklyn); il n'y a constaté qu'une grande quantité de matière pigmentaire, et beaucoup de grandes cellules à deux ou trois noyaux, que l'addition de l'acide acétique rendait plus distinctes. H. C.

NOTE SUR L'ORIGINE NERVEUSE DU LICHEN PLANUS, par T. COLCOTT FOX.
(*British medical journal*, 13 mars 1880.)

L'auteur se déclare convaincu, à l'exemple de son parent, Tilbury Fox, de l'origine nerveuse du lichen planus qu'il rapproche, à ce point de vue, de la morphée, du pemphigus à petites bulles, etc. Il a toujours constaté dans ces cas un tempérament nerveux ou des causes de débilitation ayant porté sur ce système; de plus, au point de vue anatomique, il croit qu'il y a dans ces cas, sinon une véritable *dermite*, mais un état d'hyperémie paralytique donnant lieu à des poussées papuleuses. Il rapporte deux cas dans lesquels le trajet de l'éruption (le long du sciatique ou de ses branches), est en faveur de son opinion. Enfin un troisième fait montre, par la transformation d'un lichen planus en lichen ruber, les rapports étroits de ces deux affections, rapports plutôt affirmés que démontrés jusqu'à présent. H. C.

SUR UNE AFFECTION RARE DU POIL, par WALTER G. SMITH. (*British medical journal*, 1^{er} mai 1880).

Il s'agit d'un état assez singulier du poil dont l'auteur a observé deux cas, auquel il joint un troisième que lui a communiqué M. Liveing.

La première observation est la plus complète et dispense d'analyser les autres. Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, non syphilitique, affectée à l'âge de trois ans d'une teigne tonsurante rapidement guérie, et dont la chevelure noire, parfaitement développée jusqu'à quinze ans, a commencé à être malade peu avant l'établissement des règles. La tête montre des furfurs sans exsudation de n'importe quelle espèce ; de temps en temps le cuir chevelu devient un peu douloureux et est le siège de démangeaisons ; la chute des cheveux a semblé s'accélérer depuis une scarlatine grave. Nous traduisons textuellement la description de l'état du système pileux au moment où M. Smith l'observe :

« Les cheveux étaient éclaircis uniformément sur tout le cuir chevelu, quoique nulle part il n'y eut de calvitie complète, et l'aspect général ressemblait assez à ce qu'on rencontre dans quelques cas de syphilis secondaire. Les cheveux les plus longs mesuraient environ 5 pouces (1 pouce = 2 centimètres 5399) ; on pouvait facilement les arracher sans douleur, et leurs extrémités libres paraissaient cassées à angle aigu. Un grand nombre de follicules pileux faisaient saillie au point de former de petites proéminences pâles ou roses, plus nombreuses à la nuque. A part cela, il n'y avait à la surface cutanée rien qui méritât d'être noté, et la peau de la face et du front était parfaitement lisse et normale. Les cheveux étaient très durs, d'une couleur noire uniforme et paraissaient crépus au toucher.

« On reconnaissait un aspect plus singulier à un examen attentif de la tête. Un grand nombre de cheveux étaient courbés brusquement à angle droit et leur longueur était très inégale ; mais c'étaient spécialement les plus courts qui présentaient tous, ou presque tous, un aspect que je n'avais jamais vu. Cela consiste en un état de chapelet régulier ou en une succession de gonflements situés tout le long du poil, et commençant fréquemment immédiatement au-dessus de la racine. Les nœuds étaient fusiformes, foncés dans toute leur étendue, ou pâles dans leur segment inférieur, et noirs dans le supérieur, et partout où le cheveu était brisé, ce qui arrivait souvent, l'extrémité était pointue, c'est-à-dire que la fracture se trouvait toujours entre les

nœuds. En moyenne, il y avait un nœud à chaque millimètre. Ainsi sur quelques fragments :

Le 1 ^{er} de	6 millimètres	avait	6 nœuds.
Le 2 ^e de	9	—	— 11 —
Le 3 ^e de	12	—	— 12 —
Le 4 ^e de	38	—	— 35 —

« Chaque nœud semblait représenter la croissance pendant deux jours. Il y avait aussi, parsemés sur la tête, un grand nombre de tronçons de poil en forme de massue, représentant de simples nœuds implantés dans la peau, et dont les extrémités étaient en pointe. Quelques-uns des cheveux les plus longs présentaient, vers leur milieu, des fentes longitudinales.

« Notre attention se porta sur les poils des autres régions. Les sourcils étaient clairs, mais on ne pouvait y découvrir de poils nouveaux, pas plus que dans les cils. Les poils des aisselles étaient rares, mais semblaient normaux, et on trouva sur le pubis un poil présentant trois gonflements fusiformes bien marqués, semblables à ceux que nous avions observés sur la tête. J'ordonnai à la malade une lotion stimulante et lui fis raser la tête qu'on examina trois jours après. La peau était légèrement rose excepté à la nuque. Tous les tronçons de cheveux paraissaient tout à fait noirs; quelques-uns étaient droits, quelques-uns recourbés près du follicule, mais la grande majorité présentait des renflements fusiformes qui sortaient à moitié de la peau ou qui commençaient à une ligne au-dessus de son niveau, et qui ressemblaient à de petites lances implantées dans le cuir chevelu. Les orifices des follicules pileux étaient obstrués par des débris épithéliaux.

« M. Wills Richardson, qui a eu la bonté de faire un examen microscopique des poils m'en a donné la description suivante : On pouvait à peine voir sur les nœuds des traces de fibres imbriquées, mais elles étaient assez bien marquées à la concavité des parties internodulaires. Du pigment brun était déposé en stries en dehors de l'axe du poil, et surtout dans les nœuds, et c'est ainsi que chaque poil semblait, à l'œil nu, rayé alternativement en noir et en blanc. Sur beaucoup de préparations, on voyait des dépôts épais de pigment dans une partie de l'axe des nœuds, mais pas dans les rétrécissements intermédiaires. Il n'y avait aucune trace de cellules dans l'axe des nœuds, et les dépôts de pigment manquaient dans quelques-uns d'entre eux. Le diamètre moyen des nœuds étant de $1/200^e$ de pouce; celui des points rétrécis de $1/500^e$ de pouce. Je puis ajouter à cela que quelques-uns des cheveux qui paraissaient macroscopiquement d'un diamètre uniforme, présentaient

au microscope de légers renflements fusiformes, et il y avait toutes les gradations entre un élargissement imperceptible de la tige et son aspect de gros fuseau. La grande majorité des poils présentait des contours intacts, mais quelques-uns montraient des fentes longitudinales et quelquefois des fractures transversales de l'écorce et un aspect irrégulier en forme de brosse au niveau de l'angle de la tige. Les extrémités de quelques cheveux se terminaient en touffes de poils, mais il m'a été impossible de voir aucun éclat des nœuds, comme Kaposi en décrit à propos du trichorexis, ni aucun tronçon en forme de balai représentant la moitié inférieure d'un nœud. »

Quelle est la nature de cette singulière affection du poil? La question du parasite étant mise de côté, c'est évidemment de ce que Kaposi a décrit après E. Wilson et Beigel sous le nom de *trichorexis nodosa* que se rapprochent le plus les faits recueillis par M. Smith. Ce dernier insiste pourtant sur les particularités diagnostiques suivantes : rareté sur le cuir chevelu, coloration claire des nœuds et faible différence de diamètre entre les nœuds et les portions internodulaires, caractères du trichorexis qui sont en opposition avec l'affection dont nous nous occupons. Ils ne nous semblent pas suffisants pour légitimer une séparation absolue. On doit désirer que l'attention des dermatologistes, attirée sur ce sujet, arrive à mieux faire connaître et à observer les affections des poils autres que les altérations parasitaires ; il y a là des troubles tropiques intéressants à étudier. Dans le cas présent, c'est évidemment à une étiologie semblable que nous nous arrêtons avec l'auteur ; l'origine de l'affection intrafolliculaire, eu égard à la symétrie des nœuds et à leur sortie plusieurs fois constatée hors du follicule. Ajoutons que, dans un des faits, cette affection aurait été congénitale. H. C.

TRAITEMENT PAR L'ACIDE SALICYLIQUE DES ÉRUPTIONS PRODUITES PAR LE BROME, par WILLIAM PROWSE. (*British medical journal*, 24 juillet 1880.)

L'auteur fut consulté par une jeune fille épileptique à constitution strumeuse qui, soumise à l'administration à hautes doses du bromure de potassium, présentait de larges ulcérations aux mollets, aux avant-bras et dans d'autres points. Après avoir essayé, sans grand succès, diverses applications astringentes, M. Prowse eut l'idée d'employer une solution concentrée d'acide salicylique (1 grain pour 1 once).

vu guérir par ce moyen, en sept jours, des ulcérations de la dimension de la paume de la main. Il s'en est aussi bien trouvé dans d'autres cas analogues, mais moins graves.

H. C.

ECZÉMA AIGU DE LA FACE CONSÉCUTIF A UNE NÉVRALGIE, par JOHN CAVAFY. (*British medical journal*, 24 juillet 1880.)

Un homme de trente-huit ans prend, sans cause connue, une névralgie assez bien déterminée par le trajet du nerf trijumeau gauche; il y a de la congestion de la conjonctive et du larmolement du même côté; les douleurs sont intermittentes. La quinine agissait assez mal, lorsqu'au bout de neuf jours, la douleur cesse complètement et est remplacée par un gonflement érysypélateux des parties sensibles; les symptômes généraux font pourtant défaut, et trois jours après un eczéma aigu très confluent, à vésicules microscopiques et à croûtes gommeuses, couvrait toute la partie gauche de la face et du cuir chevelu. Un traitement local en a eu raison, sans amener le retour de la névralgie.

Ce cas nous a paru mériter d'être rapporté, car ses caractères éliminent l'éloignement des faits si fréquemment étudiés ces derniers temps de dermatoses vésiculeuses de la face liées à des affections nerveuses. H. C.

I. — STAMPACCHIA. — *Un caso di orticaria con analgesia alla gamba destra ed altri perturbamenti nervosi.* (Un cas d'urticaire avec analgésie de la jambe droite et d'autres troubles nerveux). Il Movimento medico chirurgico, 13 mai 1879.

II. — DE GIOVANNI. — *Patologia del simpatico.* Milano, 1876, 1 volume de 400 pages, articolo II, § 16-20, pages 181-193.

I. — Cette observation a trait à une femme de 40 ans qui fut malade à la suite d'un grand chagrin causé par la perte d'un enfant. Elle commença à souffrir d'insomnie; en même temps elle éprouvait, sur le ventre et la poitrine une sensation de prurit, supportable pendant le jour, mais déchirante et intolérable la nuit. Il n'y avait aucune éruption, aucune érosion, mais il suffisait qu'elle se grattât pour faire apparaître des plaques élevées avec taches érythémateuses. Ces phénomènes s'accroissaient avec les variations de la température et de l'atmosphère.

Bientôt s'adjoignirent d'autres symptômes : bouffées de chaleur, sueurs du visage, céphalée vers le soir, vertiges, douleur lombaire profonde, presque continue inappétence, soif ardente. Un médecin appelé déclara qu'il s'agissait d'une urticaire suite de coprostasie et fit prendre sans le moindre succès des purgatifs et des lavements.

Stampacchia fut mandé; il reconnut que les efflorescences cutanées étaient plus abondantes à la poitrine, au cou, au dos et aux membres du côté droit; il constata, de plus, ce qui avait échappé jusqu'alors, l'analgésie complète du membre inférieur gauche; des orteils à la moitié de cuisse, on pouvait pincer et piquer les tissus sans exciter le moindre sentiment de douleur. Le long de la colonne vertébrale, mais principalement au niveau de la région lombaire, la peau était manifestement hyperesthésique, le cœur battait irrégulièrement; la céphalée et le lombago étaient toujours très intenses.

L'auteur considéra les bouffées de chaleur, la céphalée, les vertiges et les algies en même temps que l'éruption cutanée, comme des phénomènes de même ordre accusant un état d'épuisement fonctionnel du système nerveux ganglionnaire avec hyperhémie récurrente, vaso-paralytique. L'analgésie du membre gauche lui parut de nature hystérique.

Le traitement fut basé sur l'usage de l'iodure de potassium, dans une infusion de valériane, à boire dans la journée, plus 40 centigrammes de quinine en 4 doses, enfin de grands bains tièdes à l'amidon. L'amendement fut très rapide. Quelque temps après, cependant, l'urticaire reparut, sous l'influence d'un catarrhe bronchique et beaucoup plus intense que la première fois. L'auteur eut alors recours au seigle ergoté, dans l'espérance que son action spéciale sur les vaisseaux aurait une influence favorable sur la maladie cutanée; il prescrivit, dans les deux premiers jours, 1 gramme d'ergot et ensuite 60 centigrammes, en plusieurs paquets, unis à la quinine. Au septième jour, le prurit avait disparu ainsi que l'éruption. Une nouvelle rechute se prononça, mais le même remède fut prescrit avec un succès très rapide.

Ce travail nous paraît intéressant au plus haut point. D'abord il apporte une confirmation nouvelle de l'étiologie émotive, et un fait de plus à ajouter à l'excellente thèse de Meyer: *Influence des émotions morales sur le développement des affections cutanées*, Paris, 1876. Dans le cas présent, il ne saurait y avoir doute, c'est bien le chagrin qu'elle a éprouvé qui a plongé cette malade dans l'état grave auquel Stampacchia a si heureusement remédié. Resterait à déterminer quel rôle revient à l'élément nerveux, quels liens unissent à l'urticaire les bouffées de chaleur, l'hémicrânie, les sueurs profuses, les vertiges et peut-être

aussi la constipation, tous phénomènes qui semblent dénoter d'une façon indiscutable la mise en jeu de l'élément sympathique.

II. — Pour arriver à résoudre cette question, j'ai eu l'idée de recourir à un ouvrage curieux publié déjà depuis quelques années, et dans lequel l'auteur, M. de Giovanni, a essayé d'établir le rôle pathologique du sympathique. Mes lecteurs me sauront gré, j'en suis sûr, de reproduire quelques-uns des faits rapportés dans un chapitre qui a pour titre : *Les altérations de la sensibilité cutanée dans leurs relations avec les anomalies du sympathique*.

Une première observation concerne un jeune homme qui présentait une sensibilité anormale du tégument pour le froid. Le contact du sol avec son pied nu le plongeait dans un malaise profond ; quelque chose d'indescriptible l'envahissait tout entier, peu d'heures après il éprouvait une recrudescence d'un coryza qui était chez lui à l'état chronique.

Un deuxième fait est celui d'un jeune médecin, [qui, désireux d'améliorer sa nutrition générale, se livrait à quelques pratiques d'hydrothérapie. Des aspersions d'eau froide avaient déjà produit un bon effet, les fonctions digestives étaient excitées et les forces se réveillaient, quand il devint amoureux d'une dame auprès de laquelle son ardeur juvénile l'entraîna à de grands excès. Dès lors l'excitation hydrothérapique devint nocive ; l'aspersion amenait des douleurs de ventre avec selles diarrhéiques et bientôt chaque contact de l'eau froide fut suivi presque instantanément du même phénomène. Peu convaincu de cette étiologie, le malade accentua son traitement et prit des douches ; survinrent alors des crampes d'estomac et des douleurs abdominales qu'il put calmer à grand-peine avec le sous-nitrate de bismuth. Pour abrégé, je dirai que la santé ne reparut que lorsqu'il se fut résigné au repos génésique. Il put alors reprendre l'usage de l'hydrothérapie sans souffrir de répercussions internes.

De Giovanni cite encore l'exemple d'un jeune homme qui avait une peau très fine et douée d'une si exquise sensibilité que la moindre excitation extérieure interrompait les phénomènes de la digestion et le laissait inerte en proie à un malaise inexprimable.

Deux autres observations relatives à des hystériques confirment cette prédisposition de l'enveloppe cutanée à devenir le point de départ de réflexes *ab externo* dans le domaine du sympathique, et particulièrement du sympathique viscéral. L'heure serait prématurée pour l'interprétation de tous ces faits, aujourd'hui que, grâce aux découvertes de Dastre et Morat, la physiologie du système nerveux de la vie organique vient de subir une révolution complète ; mais c'est dans ce sens que les re-

cherches nous semblent devoir être dirigées, c'est pour cela qu'en regard du fait mixte très significatif de Stampacchia, nous avons cru devoir rapporter les observations de ce pionnier qui, dès 1876, s'était efforcé de constituer la *patologia del simpatico*.

L. JULLIEN.

SEBASTIANO GIOVANNINI. — *Favo isolato in una gamba (Favus isolé sur une jambe)*. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1880, p. 226.

Le 26 décembre 1879, entra dans la salle de la clinique dermatologique de Bologne une domestique portant une lésion de la peau sur la jambe gauche. Elle avait déjà, en 1877, fait un premier séjour dans les salles du même hôpital, pour un eczéma chronique de la même région; elle en était sortie bien guérie à la suite de séances électriques répétées.

Au tiers moyen de la surface antérieure et externe de la jambe existait une lésion de forme irrégulière, allongée, constituée par des croûtes rondes, disséminées en certains points, réunies et accolées en d'autres, offrant un volume variable, de celui d'un pois à celui d'une pièce de monnaie de 2 centimes. Leur couleur était d'un jaune soufre, et en les détachant, on trouvait, au-dessous, le derme rouge et presque intact dans sa continuité.

La malade disait que l'éruption s'était développée trois mois avant son entrée; commençant d'abord par des taches rouges, un peu prurigineuses, au centre desquelles n'auraient pas tardé à paraître de petites élevures jaunâtres bientôt agrandies et saillantes. Quant à l'étiologie, elle n'accusait qu'un refroidissement un jour qu'étant allée laver son linge dans une blanchisserie elle avait tenu ses jambes dans l'eau pendant plusieurs heures.

Le diagnostic n'était pas douteux, le microscope le confirma, d'ailleurs, en faisant reconnaître la présence de l'achorion.

La cure fut très simple. Sur les croûtes, on appliqua des cataplasmes, et sur le derme ainsi découvert furent faits quelques badigeonnages à la teinture d'iode. Le 17 janvier, la malade partait guérie.

Ce fait nous a paru intéressant, surtout à cause des phénomènes antérieurs et initiaux. Il y a lieu, en effet, de se demander si l'affection cutanée eczémateuse a créé une prédisposition locale, si le terrain modifié par cette inflammation chronique ne s'est pas montré plus favo-

nable à la germination du champignon. Il y a quelques années déjà je fis des expériences dans le but de mettre en lumière l'influence du milieu sur le développement de certains parasites; je cultivai ainsi le *penicillium glaucum* sur des croûtes d'eczéma, d'impétigo, de favus, d'herpès, et toujours le végétal prospéra d'une façon particulière sur le terrain pathologique; sans doute, il en serait de même pour le favus, et cette circonstance me paraît de nature à éclairer l'étiologie dans l'observation de Giovannini.

De plus, on remarquera l'invasion de la maladie caractérisée tout d'abord par un érythème; cette circonstance est tout à fait conforme aux résultats des inoculations du favus sur le tégument cutané, et je l'ai vue maintes fois reproduite dans les intéressantes expériences instituées, il y a quelques années, par mon excellent maître, Horand (de Lyon).

L. JULLIEN.

FRANCISCO INIGUEZ. — *Molusco pendulo generalizzato* (*Molluscum pendulum généralisé*), travail traduit par SORESINA, de la *Revista especial de oftalmologia, sifilografia, dermatologia y afecciones urinarias de Madrid*, 13 mars 1880. — *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1880, p. 171.

Térèse Fernandez, de Grenade, âgée de 74 ans, célibataire, de robuste constitution, et habituellement de bonne santé, entre à l'hôpital Provincial de Madrid pour une indigestion, indisposition à laquelle elle est quelque peu sujette. On remarque que la surface entière de son corps est recouverte d'une quantité innombrable de tumeurs inégalement grosses. Leur volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'une grosse noix. Leur couleur est celle de la peau, cependant un peu plus bronzée. Le dos, la poitrine, la figure, le ventre, sont les points sur lesquels l'éruption est le plus confluyente, et donne à la personne un aspect vraiment repoussant.

S'il faut en croire la malade, elle ne serait pas seule ainsi frappée dans sa famille: un frère plus jeune porte, bien qu'en moindre nombre, des tumeurs du même genre; mais il a des enfants qui en sont exempts.

Il paraît qu'à leur naissance, Térèse et son frère avaient la peau couverte de petits grains peu nombreux, d'ailleurs; mais, petit à petit, et par des poussées qui se renouvelaient assez exactement tous les dix ans, l'éruption s'accrut et les éléments grossirent. L'âge critique parut surtout, chez Térèse, donner une nouvelle activité à la maladie.

Du reste, cette infirmité, pour laquelle elle n'a jamais fait le moindre remède, n'exerce sur la patiente aucune influence morbide ; son moral en est cependant atteint, parce qu'elle se sent un objet de dégoût et que son aspect repoussant la fait tenir à l'écart, aussi éprouve-t-elle une satisfaction non déguisée à se prêter à la curiosité bienveillante du corps médical.

Sur l'avant-bras gauche, une des tumeurs avait acquis un tel volume qu'elle gênait beaucoup la malade ; elle était grosse comme une noix ; on en fit l'ablation, et la petite plaie qui en résulta guérit très rapidement. Le professeur Federio Rubio, chargé d'en faire l'examen, a reconnu qu'elle résultait du développement hyperplasique d'un follicule sébacé.

L. JULLIEN.

SYPHILIGRAPHIE.

I.

PATHOLOGIE.

Le Dr M. Holm (*Hosp. Tidende*, 2. B. VII, 2, 3, 1880), vient de publier un mémoire intéressant sur la marche de la température chez les enfants syphilitiques. Les observations ont été prises à l'hôpital de Copenhague sous la direction du Dr Engelsted, du 1^{er} avril 1878 au mois de novembre 1879. Elles portent sur 23 enfants, dont 17 atteints de syphilis congénitale et 6 de syphilis acquise. Les 17 enfants atteints de syphilis congénitale (8 garçons, 9 filles), étaient âgés, en moyenne, de 9 jours à 4 mois ; les 6 atteints de syphilis acquise (2 garçons, 4 filles), avaient de 1 à 2 ans et demi. Les températures étaient prises dans le rectum deux fois par jour, le matin, de 7 à 9 heures, et le soir, de 6 à 8 heures.

I. — Syphilis congénitale.

1^{re} Une petite fille âgée de 15 jours, pesant un peu plus de 3 kilogrammes au moment de sa naissance, fut atteinte peu après de coryza, de papules dans la figure et d'une éruption des extrémités ; elle fut apportée le 28 avril 1878 à l'hôpital ; elle pesait une livre de moins qu'à sa naissance ; il y avait des desquamations de la peau sur le front et les extrémités, des excoriations isolées

et des croûtes sur le front et sur la tête. Sous l'influence d'un traitement spécifique, les efflorescences cutanées disparurent petit à petit, mais plusieurs ongles prirent une teinte blafarde et se fendirent à leur extrémité ; bien que la digestion se fit dans de bonnes conditions, l'enfant resta maigre et ne pesa plus que 2,300 grammes au 24 mai. Au mois de juin, l'enfant reprit des forces, augmenta notablement de poids et on put la laisser partir dans d'excellentes conditions.

La température fut prise du 29 avril au 27 juin, elle était au-dessous de la normale au début ; pendant les 1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e semaines les températures matinales les plus basses furent de 35° ; 34°5, 35°3 degrés centigrades. La température matinale la plus élevée de 36° 2 à 36° 5. La température vespérale la plus basse varia entre 35° 4 et 36° 2 et la température la plus élevée, entre 36°7 et 37°6. Les différences journalières entre les températures du matin et les températures du soir varièrent à la même époque entre 1°4 et 3 degrés. La température commence à s'élever progressivement à partir de la 5^e semaine, mais la moyenne normale ne fut atteinte qu'entre la 7^e et la 9^e semaine.

2° Un enfant âgé de 2 mois fut reçu à l'hôpital, le 23 décembre 1878. Il présentait des papules et des érosions au niveau des bourses, des membres inférieurs et des lèvres ; coryza, lésions des ongles, amaigrissement. Sous l'influence d'un traitement antisypilitique le poids de l'enfant avait augmenté de 500 grammes le 23 janvier 1879. Mais dans la suite l'enfant fut pris de diarrhée, vomissements, bronchite et succomba le 22 janvier au milieu de convulsions. Les températures furent prises du 25 décembre au 13 février. De la 1^{re} à la 4^e semaine, la température du matin oscilla entre 36°1 et 36°9 ; celle du soir entre 36°8 et 37°4.

3° Petite fille de 3 mois, entrée le 9 décembre 1878. Cette enfant présente depuis un mois du coryza et des efflorescences syphilitiques sur toute la surface du corps. Sous l'influence d'un traitement spécifique, l'état de l'enfant s'améliora d'une façon rapide ; elle put quitter l'hôpital le 17 janvier 1879.

La température fut prise du 27 décembre au 17 janvier. La température du matin oscilla entre 35°5 et 37°5 ; la température du soir entre 35°1 et 37°7.

En étudiant les tableaux des températures prises dans les trois observations, on voit que chez les trois malades il y avait des températures hypo-normales prononcées, sans que pour cela la syphilis fût compliquée d'aucune autre affection. Dans les deux premiers cas, l'élévation de la température coïncida avec une amélioration dans l'état général. Il n'en fut pas de même chez le 3^e enfant dont la température resta toujours très basse.

4° Petite fille chétive, âgée de 9 jours, entrée le 2 avril 1879. Le 10 avril, on constate que le poids du corps, qui avait été de 3,160 au moment de la naissance, est tombé à 2,880. Le 20 avril, on observe des papules au niveau de la paume des mains, de la plante des pieds et de la face, ainsi que du coryza.

Sous l'influence d'un traitement spécifique, ces accidents avaient disparu le 30 mai, mais l'enfant fut atteinte, le 1^{er} juillet, d'une gastroentérite aiguë à laquelle elle succomba. Les températures furent prises du 11 avril au 2 juillet. La température moyenne du matin fut de 36°8 pour la 1^{re} semaine, de 37°1 pour la seconde, de 36°7 pour la 3^e, de 36°9 et 37°2 pour la 4^e et la 5^e semaine. Plus tard la température s'éleva à 37°8 et 38°1.

5° Petite fille de 4 à 5 semaines, venue avant terme, amaigrie, âgée de

9 jours
des s
rent
mort
de pl
elles
appa
De
male
autr
raitr
6°
Le 8
de c
patit
M
dan
7°
187
sur
blis
et
plan
1
pré
8
d'un
rou
ma
la
rat
rat
la
12
pé
di
35
pl
é
b
m
le
li
s
F
t

9 jours et reçut le 16 janvier 1879. Au commencement de février, on constate des syphilides papuleuses; des lésions des phalanges et des ongles ne tardèrent pas à se produire; le nez s'affaissa; amaigrissement progressif, ozène; mort au mois d'octobre. A l'autopsie tuberculisation pulmonaire, avec ostéite de plusieurs épiphyses. Les températures furent prises du 17 janvier au 7 août, elles furent surtout basses au moment de la 3^e et de la 7^e semaine, époque où apparut l'éruption papuleuse. La température oscilla entre 35° 5 et 36° 9.

Dans les deux cas précédents, les températures furent toujours hyponormales au moment des périodes où la syphilis n'était pas compliquée d'une autre maladie. Chaque fois que les éruptions papuleuses venaient à disparaître, ou que l'état général s'améliorait, les températures s'élevaient.

6° Une petite fille âgée d'un mois entre le 4 mai 1878 couverte de papules. Le 8 mai, cet enfant tombe subitement en collapsus et succombe au milieu de convulsions. A l'autopsie, on trouva une bronchite double, une légère hépatite interstitielle, et une ostéochondrite syphilitique.

Malgré la complication de bronchite, la température fut hyponormale pendant les 3 premiers jours qui précédèrent le collapsus.

7° Un petit garçon âgé de 11 semaines, maigre, atrepsié, entre le 6 mai 1878. Il présente des papules au niveau du tronc et des extrémités, des fissures à la bouche et des excoriations génitales. Cris de l'enfant très affaiblis. Le 14 mai, l'enfant est pris de vomissements et de diarrhée; collapsus et mort. Le 19, à l'autopsie, on trouva une bronchite purulente, de l'hyperplasie des ganglions mésentériques et une ostéochondrite syphilitique légère.

La température resta hyponormale pendant toute la première semaine qui précéda les vomissements et la diarrhée.

8° Enfant de 4 mois, maigre, atrepsié, entré le 27 avril 1878, couvert d'une éruption, surtout à la face et au niveau des extrémités; coryza, enrrouement. Après un traitement antisiphilitique, l'affection cutanée disparaît, mais l'enfant reste amaigri. Le 8 mai, une tumeur se développe au médius de la main droite, surtout au niveau de la deuxième articulation; même altération de l'indicateur de la main gauche, terminée par suppuration. Les ulcérations développées au niveau des doigts malades devinrent creuses, sales; la diarrhée s'établit, l'enfant devint de plus en plus faible et succomba le 12 mai. A l'autopsie, on trouva une pneumonie catarrhale dans le lobe supérieur du poumon droit, de l'ostéochondrite des épiphyses, un panaris de l'indicateur de la main gauche et une périostite du médius de la main droite.

La température du matin avait oscillé pendant la première semaine entre 35° 2 et 36° 8, et la température du soir entre 38° 4, et 36° 9. La température la plus basse fut de 35° et la température la plus élevée de 39° 4.

9° Enfant âgé de un mois, atrepsié, entré le 24 avril 1879. Enrouement, éruption papuleuse à la paume des mains et des pieds, fissures anales et buccales. Le malade alla mieux sous l'influence d'un traitement spécifique; mais des vomissements et de la diarrhée survinrent, et l'enfant succomba le 10 juin. A l'autopsie, on trouva de la broncho-pneumonie et de l'atélectasie. La température fut hyponormale pendant la première semaine seulement.

10° Enfant de 3 mois, entré le 19 janvier 1879; papules du tronc, des pieds et des mains. Température normale; croup, mort.

11° Enfant entré le 20 juin 1878, pour un exanthème syphilitique. La température reste normale aussi longtemps que l'affection spécifique n'est

pas compliquée. Le 14 juillet, l'enfant est pris de diarrhée, de pemphigus et succombe le 21.

42° Enfant de 6 semaines, entré le 21 janvier 1879. Papules confluentes, de coloration brunâtre, à la face, aux bourses et à la plante des pieds; coryza. Le malade, très amélioré sous l'influence d'un traitement spécifique, quitte l'hôpital. Chez ce malade, la température ne fut hyponormale que pendant trois jours. Le minimum atteint fut de 36°. Ce malade fut ramené à la clinique au mois de juin 1879 et succomba le 30 juin. A l'autopsie, on trouva des gommes du frontal, de l'hydrocéphalie, de la méningite tuberculeuse, des tubercules dans les reins et l'intestin.

Chez les cinq autres malades, il ne fut pas possible de déterminer la température, attendu que dès le jour de leur entrée les petits malades étaient atteints de complications qui masquaient l'affection spécifique.

II. — Syphilis acquise.

1° Une petite fille âgée d'un an et demi, bien développée et paraissant bien portante, entre à l'hôpital le 19 mai 1879. On constate des papules syphilitiques à l'anus, de l'adénopathie biinguinale et cervicale. Après un traitement par les frictions, toutes les manifestations syphilitiques disparurent au bout de cinquante jours. L'enfant avait habité, ayant son entrée, avec une tante atteinte de syphilis. Elle quitta l'hôpital le 27 juin.

2° Petit garçon de 15 mois, fort, mais un peu pâle; il habite chez des parents qui sont atteints de syphilis; il entre le 3 juin 1878. On constate des papules de l'anus et des parties génitales, et de l'adénopathie biinguinale; traitement par les frictions. Sorti le 8 juillet.

3° Petite fille d'un an et demi, dont la mère a été traitée à plusieurs reprises pour la syphilis. A l'entrée de la malade, le 27 mai 1878, on trouve une éruption papuleuse abondante sur le tronc et au niveau des extrémités, des papules muqueuses à la bouche et à l'anus, des engorgements ganglionnaires au cou et dans les aines. Peu d'appétit, toux et diarrhée. Râles humides dans les poumons, surtout à gauche; à la percussion, on ne constate aucune matité; guérison par les frictions; sortie le 10 juillet.

4° Petite fille de un an et demi, bien conformée, entrée le 28 mai 1878 pour une éruption papuleuse du tronc et des extrémités. Papules syphilitiques à l'anus et aux parties génitales. Adénopathie biinguinale et cervicale. Traitement par les frictions; guérison; sortie le 24 juillet.

Pendant son séjour à l'hôpital, l'enfant ne souffrit que d'une indisposition due à des vers.

5° Petite fille de deux ans et demi, entrée le 24 avril 1878, a été probablement infectée par sa tante. L'enfant, bien nourrie, mais pâle, souffre depuis un mois; cependant l'appétit est bon et les digestions se font bien. On observe au niveau des grandes lèvres tuméfiées des papules ulcérées; accidents analogues à l'anus et à la bouche; papule à la nuque du volume d'un grain de mil, de coloration brunâtre. Adénopathie biinguinale et cervicale. Guérison par les frictions; l'enfant quitte l'hôpital le 8 juillet.

6° Petit garçon de quatorze mois; les parents sont atteints de syphilis; le petit malade est pâle, mais a de l'embonpoint. Papules aux lèvres et au voile du palais. Adénopathie cervicale et inguinale; traitement par les frictions. L'enfant n'était pas encore guéri à la fin du mois de novembre.

Chez le premier de ces six derniers malades, la température s'éleva plusieurs fois pendant les trois premières semaines au-dessus de 38°. La température du matin fut constamment normale. La marche de la température ne suivit aucun type particulier, de sorte qu'il ne fallait songer à aucune fièvre syphilitique.

Chez les cinq autres malades, la température fut toujours normale, à moins de complications provoquées par des troubles digestifs.

Ces observations offrent un certain intérêt. On sait, en effet, que la syphilis acquise suit chez les enfants une marche tout à fait analogue à celle que l'on observe chez l'adulte. Il semblerait donc rationnel que la fièvre syphilitique s'observât chez eux, d'autant plus qu'ils sont plus sujets à avoir de la fièvre. Or, le travail de Holme semble prouver que cette fièvre n'existe pas chez les enfants. Il est vrai d'ajouter qu'il ne les a pas observés dans la période prodromale.

De plus, les observations de Holme montrent que, dans la syphilis acquise, la température suit une marche normale, tandis que dans la syphilis congénitale, il en est tout autrement. On sait, du reste, que les enfants atteints de syphilis acquise sont bien moins éprouvés que les enfants atteints de syphilis congénitale.

Chez les enfants atteints de syphilis congénitale, la température fut toujours au-dessous de la normale pendant un temps plus ou moins long ; cependant, chez 3 enfants, forts et bien développés, la température resta normale. L'auteur conclut de ces différentes observations que la syphilis congénitale évolue dans la majorité des cas sans fièvre : même dans la période latente de la maladie, il n'a jamais pu observer d'élévation thermométrique.

L'auteur donne comme caractéristique de la marche de la température, chez les petits enfants atteints de syphilis infantile, l'écart entre la température du matin et du soir (jusqu'à 3°, 2 centigrades). De plus, la température du soir serait souvent inférieure à la température du matin.

On ne saurait cependant considérer cet abaissement de la température comme un caractère essentiel de la syphilis congénitale ; en effet, le même abaissement s'observe dans l'atrophie, le pemphigus, etc., il indique seulement l'affaiblissement général de l'organisme et l'existence d'une maladie constitutionnelle ; ce qui le prouve, c'est que la température s'élève dès que la nutrition se fait dans de meilleures conditions. Aussi, bien que l'abaissement de température prolongé constitue une indication très défavorable au point de vue du pronostic, n'en faut-il pas moins faire marcher de front et le traitement spécifique et le traitement tonique.

MASTOÏTE ET PAROTIDITE SYPHILITIKES. — Sous ce titre, le professeur EDOUARD LANG (*Wien. med. Wochenschr.*, XXX, 9, 1880) rapporte plusieurs observations de malades qui furent traitées pour des tumeurs carcinomateuses du sein, tumeurs qui étaient de nature syphilitiques. L'une de ces observations offre surtout de l'intérêt :

Il s'agit d'une femme de 39 ans, qui entra à l'hôpital le 15 janvier 1879 ; généralement très bien portante, cette femme était tombée malade depuis quatre ans et, sans avoir été jamais arrêtée d'une façon absolue, sa santé était devenue chancelante. Elle souffrit durant tout un hiver de douleurs de tête atroces ; à cette époque, elle fut atteinte de plaies de la nuque, accompagnées de suppuration ; ces plaies étaient recouvertes de croûtes et avaient beaucoup de mal à se guérir. Une plaie du même genre se produisit à la lèvre et mit deux mois à se fermer, malgré des cautérisations au nitrate d'argent ; par contre, les éruptions de la nuque persistèrent pendant une année entière. Il y a deux ans, des ulcérations profondes se développèrent à la nuque et guérirent sans traitement dans le courant de l'été 1878. Au début du mois de novembre de la même année, la malade éprouva des douleurs au niveau du cou, douleurs qui semblèrent s'améliorer sous l'influence d'un traitement par l'huile de foie de morue. Cette femme est amaigrie, et, en examinant la poitrine, on trouve la glande mammaire gauche flasque et flétrie ; la mamelle droite est saillante, tendue, augmentée de volume, et la peau qui la recouvre présente une certaine rougeur. Par le palper, qui est du reste fort douloureux, on constate dans la mamelle une tumeur du volume d'un œuf de poule. En examinant la région parotidienne gauche, on observe également à ce niveau une tuméfaction assez prononcée. Au niveau du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx, on aperçoit une série de cicatrices assez étendues. A l'examen laryngoscopique, on constate l'existence d'une ulcération cicatrisée à ce niveau. Toute la nuque est recouverte de cicatrices récentes, pigmentées.

On pratiqua des frictions avec de l'onguent napolitain belladonné sur le sein droit ; les douleurs cédèrent rapidement, mais pendant ce temps la parotide du côté gauche se tuméfia et la malade éprouva un peu de fièvre pendant trois jours. On prescrivit alors des frictions avec de l'onguent napolitain (2 grammes tous les deux jours) sur la région parotidienne. Le 21 janvier, la tumeur parotidienne fut incisée et il s'écoula une certaine quantité de pus. On fut obligé, pendant trois semaines, de badigeonner la tumeur parotidienne avec de la teinture d'iode, et ce n'est qu'après ce temps que les mouvements de la mâchoire devinrent possibles.

Le traitement par les frictions mercurielles fut continué jusqu'à la fin de février. A cette époque, les infiltrations de la glande mammaire et de la parotide avaient disparu. La malade avait une mine florissante. A partir de ce moment, elle prit tous les jours 1 gramme d'iodure de potassium. Elle quitta l'hôpital le 10 mars.

II.

THERAPEUTIQUE.

SIGMUND (*Wien. med. Wochenschr.*, XXX, 16, 17, 18, 1880) revient encore sur le traitement général de la syphilis. Il proscriit avec insistance tout traitement antisypilitique par le mercure, les préparations iodées, etc., pendant les 6 à 8 premières semaines qui suivent l'infection sypilitique. Il persiste à croire que le traitement institué avant cette époque peut être nuisible à bien des malades. Il faut se contenter de combattre les manifestations initiales de la vérole par un traitement purement local. Cependant, tout en proscrivant un traitement spécifique, Sigmund recommande de soumettre les malades à un traitement hygiénique et diététique d'autant plus sévère que des complications telles que la scrofule, la tuberculose, l'infection du foie et du cœur seraient à craindre. On sait, en effet, que, dans ce cas, la syphilis suit une marche beaucoup plus longue et plus grave.

ZEISSL (*Wien. med. Presse*, XXI, 27, 28, 29, 1880) défend, depuis de longues années, les mêmes idées que Sigmund. Il était curieux de savoir à quel point de vue il se placerait pour juger les tentatives d'excision du chancre sypilitique.

Pour Zeissl, l'infection de l'organisme entier ne se produit pas exclusivement pendant la deuxième période d'incubation, c'est-à-dire après le développement complet de l'accident primitif. En un mot, il n'admet pas que la sclérose initiale soit uniquement l'expression d'une infection locale, et que le virus, élaboré dans cet espace restreint, soit ensuite charrié dans tout l'organisme. Il considère donc la sclérose initiale comme la première manifestation de l'infection générale de l'organisme. Aussi ne saurait-il admettre les tentatives d'extirpation du chancre qui ont été faites par quelques médecins pour empêcher le développement de la syphilis. Il en est de l'excision du chancre comme de l'emploi des caustiques ou du fer rouge : les statistiques ne sauraient rien apprendre de certain à cet égard, puisque nous ne savons encore combien il faut de temps à l'organisme pour être infecté. De plus, on a toujours le droit de dire que, dans les cas heureux,

signalés par les statistiques, et dans lesquels les malades traités par la cautérisation n'ont pas présenté d'accidents ultérieurs, il s'agissait peut-être d'accidents non syphilitiques.

Zeissl cite cinq observations dans lesquelles l'excision du chancre a été suivie de syphilis :

1^{re} observation. — Le nommé X... se présente à la consultation au commencement du mois de février 1874, avec une sclérose initiale caractéristique de la face interne du prépuce. Les ganglions inguinaux étaient à peine augmentés de volume ; l'érosion avait été observée, pour la première fois, le 10 février 1874 ; le rapport infectant avait eu lieu à la fin du mois de janvier.

L'auteur excisa la partie indurée ; les bords de la plaie furent réunis par une suture entortillée ; elle guérit par première intention. Aucune induration ne se présenta au niveau de la cicatrice. Le malade se rendit ensuite à Paris ; il fut examiné à plusieurs reprises, pendant l'espace de deux mois, par les docteurs Ricord, Bassereau et Fournier, et aucun de ces messieurs ne reconnut la trace de l'accident primitif. Trois mois après l'excision du chancre, le malade vint retrouver le Dr Zeissl. La cicatrice était molle, mais le corps était couvert d'un érythème papuleux syphilitique. Le malade fut soumis à un traitement ioduré qui fit disparaître rapidement tous les accidents.

2^e observation. — B..., âgé de 26 ans, entre à l'hôpital le 26 avril 1880. On constate sur la face interne du prépuce une cicatrice de 1 centimètre de diamètre, caractéristique et non exulcérée. Les ganglions inguinaux ont le volume d'une fève. L'excision est pratiquée le 27 avril. Le 4 mai, la cicatrisation est complète ; la cicatrice est molle. Le 6 mai, on voit apparaître une syphilide maculo-papuleuse ; les ganglions inguinaux, surtout ceux du côté gauche, avaient considérablement augmenté de volume. Traitement par l'iodure de potassium ; disparition des accidents cutanés le 15 juin.

3^e observation. — K..., 27 ans, entre à l'hôpital le 10 avril 1880. Le chancre existait depuis le 9 mars. Sur la face externe du prépuce, on observait une sclérose syphilitique initiale de 5 centimètres de diamètre environ. Les ganglions inguinaux étaient légèrement tuméfiés ; il n'existait aucune autre manifestation syphilitique. Excision du chancre le 11 avril. La plaie n'est complètement cicatrisée que le 29 avril ; il ne se produit par d'induration à son niveau. Dès le 18 avril, une roséole syphilitique se produit ; elle cède à l'emploi de l'iodure de potassium ; le 29 mai, les ganglions inguinaux étaient très tuméfiés ; le malade présentait des plaques muqueuses aux lèvres. Tous les accidents avaient disparu le 20 juin.

4^e observation. — Sch..., 26 ans, entre à l'hôpital le 5 décembre 1879. On trouva en arrière de la couronne du gland une induration syphilitique de 1 centimètre de diamètre. L'infection remontait à 1 mois, au dire du malade ; l'excision est pratiquée le 6 décembre. Dès le 18, un exanthème papuleux discret se produit sur la surface du corps ; il disparaît après 14 frictions mercurielles. A partir du 11 janvier 1880, le malade prend de l'iodure de potassium. Récidive dès le 12 mars, caractérisée par une éruption papuleuse. Emploi de l'iodure de potassium ; disparition des accidents le 17 avril.

5^e observation. — D..., âgé de 19 ans, entre à l'hôpital le 15 mai 1880; il porte une induration au niveau de la place occupée autrefois par le frein (ce malade avait été circoncis). L'excision est pratiquée le 19 mai; la plaie guérit sans induration en quelques jours. Le 28 juin, il existe des papules muqueuses au niveau du scrotum.

Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre sur ce mémoire, qui est fort intéressant, et dans lequel l'auteur se livre à des considérations sur le mode de pénétration du virus dans l'organisme. Disons cependant qu'il tend à attribuer l'origine de la syphilis à des micro-organismes.

L'auteur recommande vivement la décoction de Zittmann dans le traitement des lésions tertiaires de la vérole. Il préfère de beaucoup ce médicament à l'iode et au mercure.

On a recommandé dans ces derniers temps les injections de pylocarpine dans le traitement de la syphilis; Zeissl a employé ce médicament à la dose de 2 centigrammes; les malades ainsi traités ont éprouvé des malaises considérables; quant aux symptômes spécifiques, ils ne se sont nullement modifiés.

Martin et Oberlin ont recommandé tout récemment l'emploi du sulfate de cuivre, à la dose de 4 à 12 milligrammes par jour, dans le traitement des formes graves de la syphilis. Dans 2 cas de syphilide papuleuse, ce traitement a donné de bons résultats; mais chez 5 autres malades, traités de la même manière, et pendant plusieurs semaines, il ne survint aucun changement.

E. KLINK (*Medycyna*, n° 42-44 et *Jahresbericht de Virchow*, vol. II, p. 531) a également publié un mémoire sur l'excision du chancre induré. Après avoir analysé rapidement les travaux les plus récents parus sur la matière, l'auteur communique ses propres observations dont voici le résumé :

1^o Homme de 26 ans, atteint, depuis le début du mois de février 1878, d'un chancre du volume d'un pois situé au prépuce; après plusieurs jours d'observation, ce chancre ne présente pas d'induration caractéristique; on l'excise néanmoins 10 jours après son apparition; guérison au bout de 15 jours; la cicatrice n'est pas indurée. Au bout de 2 mois, le malade présente des syphilides maculeuses et papuleuses; 2 mois plus tard il est atteint de plaques muqueuses de la gorge et, au bout d'un an, des symptômes graves se produisent du côté du système nerveux (paraplégie, cystoplégie);

2^o Excision d'une exulcération douteuse chez un homme de 28 ans. Ce chancre est apparu depuis 6 jours, 15 jours après un rapport suspect. Les ganglions inguinaux sont libres, la cicatrisation est complète

le 6^e jour. Roséole et plaques muqueuses de la gorge au bout de 3 mois ;

3^e Excision d'un chancre, d'abord considéré comme un chancre simple, et qui avait présenté ensuite une légère induration. Il siégeait au niveau du prépuce et fut extirpé 15 jours après le dernier rapport. Cicatrisation le 14^e jour. Malgré cela, des phénomènes d'infection apparaissent au bout de 3 mois 1/2 ;

4^e Un malade vient supplier l'auteur de lui exciser une induration datant de 3 semaines. La cicatrisation se fait rapidement, mais une roséole apparaît au bout de 6 semaines ;

5^e Excision d'une sclérose datant de 18 jours. Accidents secondaires légers au bout de 4 mois.

L'auteur croit que les succès indiqués par plusieurs auteurs se rapportent à des cas de chancres mous qui ont été extirpés pour des chancres syphilitiques. Son expérience n'est pas assez grande pour savoir si l'excision peut amener une diminution dans la gravité des symptômes ultérieurs.

Pendant que j'étais interne de M. Fournier, en 1869, j'ai eu l'occasion de voir à Paris un jeune ingénieur russe qui venait d'être opéré à Heidelberg pour un chancre induré. Ce chancre datait d'une dizaine de jours et on avait excisé un bon tiers du prépuce.

Deux mois après cette opération, ce jeune homme fut atteint d'une éruption papuleuse et de syphilides de la gorge. Il fut soigné par mon maître, M. Fournier, et présenta pendant longtemps des accidents fort tenaces.

Le professeur SKRZECZKA (*Vjhrschr. f. ger. med.*, N. F., XXXII, 1, p. 130, janvier 1880), dans un mémoire sur les mesures de police qui sont prises à Berlin pour arrêter le développement de la syphilis, indique une série de règlements destinés à combattre le développement des maladies contagieuses. L'auteur indique également les mesures qui sont prises à Berlin pour surveiller les prostituées. L'expérience a prouvé que le danger de propagation de la syphilis était beaucoup moindre pour la prostitution officielle que pour la prostitution clandestine : c'est donc cette dernière surtout qu'il s'agit de poursuivre et de détruire. Cependant il y a là un écueil, car on ne saurait lancer, sans y réfléchir, dans la prostitution officielle, des filles qui souvent peuvent revenir à de meilleurs sentiments et marcher dans le droit chemin. Quand tous les moyens destinés à éclairer ces malheureuses ont échoué, elles sont inscrites, mais après certaines formalités seulement, au nombre des prostituées.

Pour faire partir de Berlin un grand nombre de ces femmes, et diminuer ainsi indirectement le nombre des prostituées, on se sert d'un moyen très pratique, mais peu libéral, qui consiste à prévenir les parents, ou la famille qu'en cas de maladie tous les frais (et ceux-ci sont souvent fort considérables) seront à leur charge. Pour éviter de semblables ennuis et se soustraire à des poursuites continuelles, ces femmes quittent Berlin et retournent dans leurs familles.

Nous n'insisterons pas sur toutes les prescriptions d'hygiène qui sont indiquées dans le travail de l'auteur. Nous indiquerons seulement un progrès fort important et qu'il serait bon de suivre dans bien des villes de France: il consiste à ne faire examiner les prostituées que dans des locaux exclusivement affectés à ce but par la police, la visite des prostituées dans leur domicile privé étant absolument interdite. Viennent ensuite une série de prescriptions pour les médecins des dispensaires. A la fin du travail se trouve un tableau fort intéressant, indiquant le nombre total des prostituées et la proportion des syphilitiques dans un intervalle de 15 ans. Ce dernier chiffre est très élevé; en prenant, par exemple, l'année 1869, nous voyons que sur un total de 2,782 prostituées, officiellement inscrites, il y avait 1,359 syphilitiques. Le travail de l'auteur ne renferme pas, malheureusement, la statistique des dix dernières années.

D^r PAUL SPILLMANN.

SUR LES AFFECTIONS DE L'OREILLE MOYENNE DANS LES PREMIÈRES PÉRIODES DE LA SYPHILIS, par F.-R. STURGIS. (*Boston medical and surgical journal*, 3 juin 1880.)

Les affections syphilitiques de l'oreille moyenne sont étudiées depuis quelque temps, en Amérique, avec le plus grand soin. Elles peuvent être, soit *primitives*, c'est-à-dire débiter sans lésions de voisinage, soit *secondaires*, c'est-à-dire propagées par les affections syphilitiques si communes du pharynx. Leur diagnostic s'appuiera, d'après M. Sturgis, sur deux signes rares dans les otites moyennes communes: ce sont l'absence d'inflammation aiguë et l'infiltration du tympan. Voici le résumé des trois observations du mémoire de M. Sturgis, elles donnent une assez bonne idée des différentes conditions dans lesquelles se manifestent ces affections:

Obs. I. — Chancre induré balano-préputial le 24 avril, disparu le 16 mai; à cette date, hémicranie nocturne, érythème du derme, adé-

nites inguinales et cervicales; pas de plaques muqueuses sur la langue ni sur le pharynx qui n'est qu'un peu congestionné; le 3 juin l'érythème a disparu, l'état de la bouche est le même, mais le malade se plaint de douleurs dans l'oreille gauche à exacerbation nocturne et qui durent depuis trois ou quatre jours. A l'examen, la membrane du tympan est enfoncée, opaque, la caisse paraît infiltrée, mais sans congestion vasculaire; sous l'influence du traitement spécifique et d'insufflations d'atropine, les troubles auriculaires disparaissent au bout de quelques jours. Le 1^{er} octobre, crise épileptique, probablement spécifique.

Ainsi que le remarque M. Sturgis, cette observation est remarquable, en dehors de la précocité de l'apparition de l'érythème, par les manifestations auriculaires isolées, dont le caractère nocturne pouvait seul, *a priori*, faire soupçonner l'origine.

Obs. II. — Trois accidents primitifs en mai 1873; en juin érythème, hémicrânie, douleurs rhumatoïdes, croûtes dans les cheveux. Au milieu d'août, un peu de pharyngite avec troubles de l'oreille gauche consistant en surdité, en sensation de plénitude et en bourdonnements sans douleur proprement dite. A l'examen de l'oreille, même état que dans le fait précédent; guérison rapide. Dans ce cas, il s'agit vraisemblablement d'une otite par propagation.

Obs. III. — Accident primitif en mai 1872, puis accidents secondaires habituels (iritis gauche). Un an après, ulcération du pilier antérieur droit, survivant à une poussée de plaques muqueuses linguales et pharyngées; en même temps le malade se plaint de souffrir de l'oreille droite, et accuse à une époque reculée une affection suppurative des deux oreilles.

A l'examen de ces organes, l'auteur croit pouvoir faire la part des deux affections et rattache à la syphilis un état d'infiltration qui fait défaut à gauche où l'on ne constate que de l'épaississement. Guérison rapide.

H. C.

THROMBOSE SYPHILITIQUE DE L'ARTÈRE BASILAIRE; RAMOLLISSEMENT NÉCROBIOTIQUE DU PONT DE VAROLE; DOUBLE HÉMIPLÉGIE ET ANARTHRIE, par ALTHAUS. (*British medical Journal*, 12 juin 1880.)

L'autorité de M. Althaus est un garant de l'exactitude du diagnostic porté pendant la vie du malade, bien qu'en pareil cas l'autopsie ne soit

pas de trop pour le sanctionner définitivement. Il s'agit d'un ancien soldat des Indes, âgé de 40 ans, atteint de syphilis cinq ans avant son admission dans le service de M. Althaus et qui, après quelques jours de malaise, est atteint sans ictus apoplectique d'une hémiplegie gauche, et cinq jours après d'hémiplegie droite avec céphalalgie intense et étourdissements. L'iodure de potassium améliore ces derniers symptômes.

M. Althaus se fonde sur la jeunesse du sujet et sur l'absence de symptômes cérébraux brusques, pour admettre par élimination de l'hémorragie et de l'embolie, une thrombose syphilitique. Quel est le siège de cette thrombose? Pour l'auteur, ce ne peut être que le tronc basilaire, eu égard à la coexistence de l'hémiplegie double avec une double paralysie des deux branches inférieures du trijumeau et des hypoglosses. Les nerfs des sens sont intacts, il en est de même des facultés intellectuelles. Le malade présente le phénomène de difficulté dans l'articulation des mots, nommé *Anarthrie* par Kùsmaul et différant de l'aphasie qui fait défaut dans ce cas.

Il y a plutôt hyperesthésie qu'insensibilité cutanée; les mouvements réflexes sont très exaspérés et l'épilepsie spinale facilement provoquée. Notons qu'au moment où M. Althaus observe son sujet, il y a plutôt parésie que paralysie des membres; la contractibilité électrique des muscles est normale. Enfin l'état général est aussi satisfaisant que possible. La respiration présente seulement certaines saccades qui ne peuvent s'expliquer que par une augmentation de l'insensibilité réflexe.

H. C.

GOMMES DU CERVEAU, DU FOIE ET DES TESTICULES, par BRADBURY. (*The Lancet*, 10 juillet 1880.)

Voici l'analyse de cette observation déjà trop abrégée dans le compte-rendu de la Société médicale de Cambridge auquel nous l'empruntons :

Homme âgé de 30 ans, dont on ne donne pas les antécédents syphilitiques. Huit mois avant son entrée à l'hôpital, monoplégie brachiale gauche douloureuse guérie rapidement; puis il se développe rapidement des phénomènes dans la sphère des nerfs du côté droit de la face; anesthésie accompagnée de névralgie; strabisme interne avec chute de la paupière et sensations rétinienneuses lumineuses: perte de la sensibilité gustative du côté droit de la langue qui se dévie à gauche; en même temps, gonflement indolent des testicules. Les troubles oculaires s'ac-

centuent; la conjonctive se congestionne, et la cornée finit par s'altérer; spasmes des muscles de la face à droite, et à la fin, lépro-paralyse faciale à gauche. A la fin, la monoplégie brachiale gauche revient et le malade meurt avec des tremblements de tout le corps et une parole intelligible. Le traitement mixte par le calomel et l'iodeure de potassium n'a pas eu une action sensible.

A l'autopsie, vaginalite double avec gommès et inflammations interstitielles des deux testicules. Des lésions analogues (n'ayant, d'après le silence de l'observation, donné lieu à aucun symptôme pendant la vie) se rencontrent dans le foie : gonflement et dépressions irrégulières, hypertrophie considérable des acini sur certains points, gommès nombreuses surtout dans le lobe gauche. L'encéphale présente quatre lésions spécifiques : à la face interne de la dure-mère et déprimant la surface du cerveau au niveau du centre de la circonvolution pariétale ascendante droite, une tumeur gommeuse ferme et arrondie, de la dimension d'une féverolle; une seconde gomme, située à la surface du pont de varole du côté droit englobe les racines des nerfs de la 5^e et de la 6^e paire, et recouvre celles de la 7^e; une troisième gomme est située dans les membranes au niveau de la partie antérieure et médiane du cervelet dont elle respecte la substance; enfin un foyer d'encéphalite gommeuse, de la grosseur d'une noix est situé près de la surface du lobe occipital de l'hémisphère gauche. Enfin, le corps strié et la couche optique du côté droit sont ramollis.

H. C.

LES PSYCHOSES DE LA FIÈVRE SYPHILITIQUE SECONDAIRE, par J.-G. KIER-
NAN. (*Boston medical and surgical journal*, 15 juillet 1880.)

L'auteur cite quatre faits, d'un grand intérêt, au point des rapports de la syphilis avec les affections mentales :

Les deux premiers, très analogues, peuvent se résumer ainsi : accident primitif, puis fièvre avec roséole spécifique et en même temps hallucinations terrifiantes; traitement par le mercure et la quinine, disparition simultanée des symptômes syphilitiques et mentaux au bout d'un mois environ. La guérison a été durable, et pourtant l'auteur note, chez un de ces malades, des habitudes d'intempérance, ainsi que des tendances et des antécédents criminels.

Les deux autres faits sont plus complexes, en raison d'attaques antérieures de folie. Là encore, la poussée secondaire, accompagnée de

fièvre, a manifestement coïncidé avec des hallucinations et des idées délirantes améliorées ou même guéries sous l'influence du mercure en frictions, associé à une médication anti-fébrile et calmante. L'analyse de ces faits dont nous aimerions à connaître les observations *in extenso*, sont tout en faveur d'une liaison étroite entre la syphilis et la folie.

H. C.

SYPHILIS, CRISES ÉPILEPTIQUES ET HÉMIPLÉGIE GAUCHE; DOUBLE NÉVRITE OPTIQUE; GUÉRISON PAR L'IODURE DE POTASSIUM, par M. RUSSEL. (*British medical journal*, 28 février 1880.)

Il s'agit d'un malade syphilitique depuis cinq ans, sans manifestations secondaires assurées, qui prend une série de crises épileptiques très caractéristiques, dont chacune accuse de plus en plus une hémiplegie gauche. Ce cas, assez ordinaire d'ailleurs et où le diagnostic anatomique et topographique de la lésion n'est même pas posé, ne présente en somme de remarquable que l'existence d'une névrite optique double, très avancée, constatée à l'ophthalmoscope et qui a guéri entièrement et rapidement (en moins de quatre mois), contrairement à ce qui arrive dans ces affections, dont M. Fournier a si bien décrit la gravité et la marche insidieuse; notons aussi une albuminurie dont on ne nous donne pas la terminaison. Le malade est sorti de l'hôpital parfaitement rétabli de toute manière, après un traitement par l'iodure de potassium à doses élevées, associé au commencement à l'huile de foie de morue et à la fin à la strychnine.

H. C.

PIETRO GAMBERINI. — *La sifilide pulmonare, studi teorico clinici. (La syphilis pulmonaire, études théoriques et cliniques)*. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1880, page 228.

On se rappelle que la première observation de syphilis pulmonaire nous est venue de l'Italie, vers la fin du siècle dernier: — Une méprise d'apothicaire fit prendre à un phthisique un pot d'onguent mercuriel au lieu d'un électuaire destiné à soulager ses dernières douleurs, et le moribond revint à la vie, puis à la santé. Aujourd'hui l'infatigable travailleur, qui professe à Bologne, reprend la question au point de vue

du diagnostic de la syphilis pulmonaire, qui très souvent, nous n'en pouvons douter, reste confondue avec les maladies consomptives qui attaquent l'organe respiratoire.

Au point de vue anatomique, la question est bien tranchée : le poumon peut être le siège de gomme collectées en foyer, et que l'on ne peut pas méconnaître; mais il en est autrement du syphilôme diffus, qui rappelle un peu toutes les scléroses, et que le microscope ne pourrait pas distinguer de la pneumonite interstitielle. A plus forte raison la clinique reste-t-elle embarrassée en présence de cette dernière forme, que l'on peut soupçonner, que l'on guérit souvent quand on a l'idée de recourir aux spécifiques en désespoir de cause, mais que ses symptômes propres caractérisent insuffisamment.

Gamberini a réuni 25 observations tirées de sa pratique ou empruntées aux plus récentes publications; on me saura gré d'indiquer ici quelques-unes de ces sources : SACHARJIN, *Berliner klin. Wochenschr.*, n° 3, 1878. — THOMPSON, *Lancet*, 13 avril 1878. — SWINEY, *Dublin Journal*, n° 17, 1877. — SCHNITZLER, *Vienne*, 1880. — TIFFANY, *American journal of méd. sc.*, 1877.

Voici les conclusions qui terminent son important mémoire :

1° On peut admettre, mais on n'a pas prouvé encore avec évidence, l'existence d'une pneumonite inflammatoire simple syphilitique ;

2° Au contraire, il n'y a pas de doute possible relativement à la syphilis gommeuse ;

3° La vraie tuberculose pulmonaire ne peut pas être syphilitique, mais elle peut s'associer à la syphilis en conservant sa spécialité pathologique ;

4° La phtisie pulmonaire syphilitique vraie n'a que les apparences de la tuberculose ; pour faire cesser toute équivoque, on devrait lui donner le nom de *syphilide pulmonaire consomptive* ; elle est la conséquence du pouvoir nécrobiotique exercé par les produits syphilitiques sur les éléments propres du poumon ;

5° La thérapeutique spécifique est, jusqu'à présent, le meilleur critérium propre à différencier la tuberculose pulmonaire d'avec la pneumonite gommeuse syphilitique ;

6° Acceptant les idées de Schnitzler, on doit reconnaître la rareté de la syphilis pulmonaire, tant à la suite d'une syphilis ancienne que pendant le cours des accidents de la période aiguë ;

7° Les lésions du larynx précèdent souvent ou accompagnent la syphilis du poumon. Cela est prouvé par les observations de Schnitzler. Le laryngoscope peut donc jouer un rôle décisif dans le diagnostic de la syphilis pulmonaire ;

8° Ses symptômes sont, en général, ceux de la phtisie pulmonaire ; aussi le diagnostic pendant la vie est-il le plus souvent impossible. La nécroscopie est même loin de permettre toujours la distinction entre la gomme et le tubercule, notamment quand les nodules gommeux sont caséifiés et que la gomme est diffuse, parce qu'il est impossible de faire la part exacte du processus spécifique et des lésions catarrhales ou tuberculeuses. On remarquera cependant que le syphilome épargne habituellement la pointe du poumon, tandis que c'est le lieu d'élection du tubercule, mais cette particularité même n'est pas absolument constante ;

9° La marche de la syphilis pulmonaire est ordinairement lente et apyrétique, ce que l'on n'observe pas dans la phtisie pulmonaire. Le plus souvent la maladie ne frappe qu'un seul côté et qu'une seule portion du poumon.

L. JULLIEN.

BIBLIOGRAPHIE.

SYSTEM DER HAUTKRANKHEITEN (CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU), par le professeur H. AUSPITZ. (In-8°, Wien, 1881, chez W. Braumüller.)

Une des questions les plus difficiles que présente l'étude des maladies de la peau, c'est incontestablement celle qui concerne le mode suivant lequel elles doivent être groupées. Il me suffira pour le prouver de signaler le grand nombre de tentatives faites pour édifier une classification à la fois scientifique et pratique des dermatoses. Est-il de spécialiste qui n'en compte une, parfois même deux à son avoir ?

Il serait du reste impossible qu'il en fût autrement ; à moins d'écrire un dictionnaire, il faut absolument classer ces affections d'après un système nosologique, afin que élèves et médecins aient un fil conducteur pour se diriger dans l'étude de ces maladies. Il est, comme il est facile de le comprendre, de la plus haute importance quand on aborde l'étude de ces affections d'avoir, avant tout, une vue synthétique sur leur nature et sur les rapports qu'elles peuvent avoir soit entre elles, soit avec les lésions des autres organes.

Quelques auteurs, cependant, ne croient pas à l'utilité scientifique d'un groupement systématique des maladies de la peau, et pensent qu'il ne peut avoir quelque utilité que pour l'enseignement et la pratique. Nous ne saurions partager cette manière de voir, bien quelle trouve peut-être sa justification dans l'insuffisance des nombreuses classifications édictées jusqu'à présent.

Aussi applaudissons-nous au nouvel essai que vient de tenter M. le professeur Auspitz, un des élèves les plus distingués du chef de l'École dermatologique viennoise, du professeur Hebra.

Avant de reproduire ici cette nouvelle classification, nous résumerons en quelques lignes les considérations qui lui servent tout à la fois de fondement et d'introduction.

Aucune division ne saurait servir de support à une bonne classification dermatologique, tout au plus pourrait-elle offrir un système abrégé

et superficiel de l'objet en question. En botanique, comme en dermatologie, un système naturel peut seul avoir de la valeur. Cependant, on ne saurait méconnaître que certains systèmes artificiels n'aient une influence favorable sur les progrès de la dermatologie, notamment le classement des maladies de la peau d'après leurs caractères extérieurs (Plenck et Willan). Cette distinction des efflorescences cutanées étudiées comme produits indépendants a marqué en effet un pas considérable en dermatologie, bien que sous son influence on ait rapproché les maladies les plus disparates, par exemple la variole et l'impétigo, tandis que d'autres dermatoses appartenant à une même catégorie étaient violemment séparées.

Du reste, tout système fondé sur une seule espèce de caractères, à l'exclusion d'autres caractères importants donnera toujours des résultats défectueux. N'en a-t-il pas été ainsi des autres systèmes artificiels établis soit sur le siège des dermatoses, soit sur leur constitution anatomique, soit sur leurs causes essentielles ou occasionnelles, etc.

Toutes les divisions artificielles ne peuvent donc correspondre à la donnée d'un système dermatologique : une classification naturelle atteindra seule ce résultat.

Après avoir analysé soigneusement les bases de la classification de Hebra et montré en quoi cette dernière est également fautive, l'auteur indique quelles sont, à son point de vue, les conditions que l'on doit exiger d'une bonne classification des maladies de la peau.

Pour édifier un système vraiment naturel, il faut commencer par bien définir et préciser les unités nosologiques et former ensuite des groupes d'après leur réunion. Pour constituer ensuite des familles, genres, espèces, etc., on peut s'adresser soit à un, soit à plusieurs éléments pathologiques, en conservant toujours le principe formel de l'unité de la base de classification pour tous les sous-ordres correspondant au même degré de division dans un seul groupe ; mais en ne créant un nouveau chef que s'il répond à un caractère important, significatif et marquant nettement la nature de la maladie. Si l'on se sert de l'état morphologique, c'est-à-dire de la forme extérieure des maladies de la peau, il faut être très réservé, car les mêmes objections sérieuses que l'on a émises contre l'emploi de la morphologie pour former les principaux groupes dans les classifications de Plenck et de Willan, conservent toute leur importance pour les sous-divisions. Ainsi, les modifications qui se produisent sur la peau sont de nature essentiellement variable, elles se transforment les unes dans les autres, et par conséquent, un seul et même processus nosologique peut présenter toute une série d'efflorescences dans le cours de son évolution, par exemple l'eczéma.

D'autre part, une seule et même cause nocive peut provoquer des lésions superficielles très différentes, — une piqûre de punaise produira tantôt un érythème circonscrit, tantôt une urticaire généralisée. Enfin, certaine efflorescence appartiendra aux maladies les plus différentes, — variole et impétigo. Il en est de même pour les sous-divisions. On ne trouve qu'un petit nombre de cas offrant une fixité réelle des phénomènes morbides extérieurs, soit qu'il s'agisse de lésions congénitales, soit de formes morbides, qui persistent à un degré de développement déterminé (par exemple, dans les formes de lichen à la période d'état des papules).

L'auteur examine ensuite les douze classes du système de Hebra et, dans une critique vive et serrée, signale les côtés faibles ou défectueux de cette classification. Il nous est impossible, bien entendu, de suivre le professeur Auspitz dans cette minutieuse analyse. Quant à la nomenclature des maladies de la peau, c'est encore là une des questions les plus ardues. Par suite de l'apparition successive de nomenclatures nouvelles, la terminologie dermatologique s'est accrue dans des proportions embarrassantes. Il en devait résulter une certaine confusion, et l'on voit en effet, chez divers auteurs, que la même expression a un sens parfois entièrement différent, d'autres fois, sans que la divergence soit aussi tranchée, ce même mot possède chez les uns et les autres une signification plus ou moins compréhensive.

Cette obscurité des mots implique trop souvent celle des idées. Sous l'entassement informe des dénominations, non seulement l'étude de la dermatologie devient difficile pour les élèves et le professeur, mais il n'est pas toujours facile de se rendre un compte exact de ce que les auteurs ont voulu dire : obscurité qui tient aussi pour une bonne part à la connaissance plus complète que l'on acquiert chaque jour de la nature des processus morbides et en partie aussi à ce que des nouvelles définitions viennent s'adjoindre aux anciennes.

Aussi l'auteur, dans l'exposition de sa nouvelle classification, s'appuie-t-il sur les principes suivants :

Conservé les anciennes dénominations, si elles ne sont pas une cause de confusion. — Quand il en existe plusieurs pour le même objet, adopter la plus répandue et rejeter les autres. Il faut laisser complètement de côté les dénominations usitées pour désigner des groupes de maladies ou des maladies regardées comme indépendantes dans les différentes classifications (dénominations actuellement tombées en désuétude), telles, par exemple, que les expressions de teigne pour les maladies du cuir chevelu, de strophulus pour certaines éruptions papuleuses des enfants, etc.

Il importe, au contraire, dans certains cas d'introduire de nouvelles

appellations lorsque les auteurs ne s'entendent pas sur l'étendue ou sur la valeur de l'ancienne expression, etc... La langue grecque, par sa richesse d'expressions, mérite d'être conservée pour former les noms des groupes dermatologiques principaux, elle a de plus un caractère international qui la rend particulièrement précieuse.

L'auteur passe ensuite en revue d'autres points d'égale importance pour la formation d'une nomenclature, nous ne pouvons le suivre dans tous ces développements intéressants, mais on jugera par ce qui précède qu'ils sont empreints du même caractère de précision, de netteté et de la connaissance la plus approfondie de tout ce qui se rattache à l'étude scientifique de la dermatologie.

Nous ne saurions en outre engager trop vivement nos confrères à lire l'exposé qui précède la nouvelle classification proposée par M. Auspitz, ils y trouveront présentés sous le jour le plus attachant les motifs sur lesquels repose le nouveau système du savant professeur.

Voici maintenant les différentes classes et sous-divisions admises par l'auteur ; en la lisant avec soin, il sera encore plus facile de se rendre compte des données sur lesquelles il s'est appuyé pour édifier sa classification.

A. DOYON.

PREMIÈRE CLASSE.

Processus inflammatoires simples de la peau (dermatites simples).

A. INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES DE LA PEAU (DERMATITES CATARRHALES, CATARRHES DE LA PEAU).

1^{re} Famille. Catarrhes superficiels.

1^o Avec prédominance d'hyperémie simple :

Érythèmes : (a) simple.

— (b) papuleux.

2^o Avec prédominance d'exsudation séro-purulente :

Eczéma : (a) typique.

— (b) paratypique.

Variétés : Rubrum.

- Papuleux.
- Vésiculeux.
- Rhagadiforme.
- Pustuleux.
- Squameux.

II^e Famille. Catarrhes érosifs de la peau (stigmatoses).

1. Provoqués par des parasites animaux :

Stigmatoses parasitaires.

(a) Entomoses :

Par des poux de tête.

- — du pubis.
- — des vêtements.
- punaises.
- puces.
- mouches (cousins, mosquitos).
- chenilles (bombyx processionnea).

(b) Acariens :

Par le lepte automnal.

- les tiques (ixodes ricinus et marginatus).
- l'acare des follicules.
- l'acare de l'orge.
- Krithoptes, de Geber.

2. Par des traumatismes de nature différente (réveilleur de vie de Baunscheidt, ventouses, etc.).

Stigmatoses traumatiques.

III^e Famille. Catarrhe des follicules de la peau (périfolliculoses).

1. Ayant son siège seulement autour des orifices des follicules :
Miliaire blanche et rouge.

2. Ayant également son siège autour des follicules, des conduits excréteurs et autour les follicules eux-mêmes. Sans lésion simultanée des gaines du poil :

Acné.

Avec lésion concomitante des gaines du poil et des poils :

Sycosis.

IV^e Famille. Catarrhe cutané par stase.**1. Avec la terminaison par épidermisation :**

Ecthyma.

2. Cicatrices :

Ulcères cutanés.

B. INFLAMMATIONS DE LA PEAU PÉNÉTRANT PLUS PROFONDÉMENT (DERMATITES PHLEGMONEUSES, PHLEGMONS CUTANÉS).**I^{re} Famille. Phlegmons des couches de la peau.****1. Par brûture :**

Combustion.

2. Par refroidissement :

Congélation.

3. Sans plaie extérieure :

Pseudo-érysipèle (phlegmon diffus idiopathique).

II^e Famille. Phlegmons en foyers de la peau.

Furoncle.

Variétés parasitaires :

Par la puce pénétrante.

— les diverses espèces d'œstre.

— le ver de Médine.

Anthrax.

Boutons d'Alep et de Biskra.

III^e Famille. Phlegmons de la peau par stase.

Phlébite et lymphangite du derme. Erysipèle.

DEUXIÈME CLASSE.**Dermatoses angio-nerveuses.**

Dermatoses présentant le caractère d'un trouble profond dans la tonicité des vaisseaux outre une tuméfaction plus ou moins prononcée de la surface cutanée.

I^{re} Famille. *Angionévroses infectieuses de la peau (exanthèmes aigus, fièvres éruptives).*

1. Avec prédominance du caractère catarrhal.

Exanthèmes érythémateux :

Roséole typhique.

Cholérique, etc.

Scarlatine.

Exanthèmes papuleux.

Rubéole.

Rougeole.

Exanthèmes vésiculo-pustuleux :

Varicelle des enfants.

Vaccine.

Miliaire cristalline.

2. Avec prédominance du caractère phlegmoneux (diphthérique) de l'inflammation de la peau :

Variole.

Maliasmus (anthrax de la morve).

Pustule maligne (anthrax du sang de rate).

II^e Famille. *Angionévroses toxiques de la peau (éruptions médicamenteuses, etc.).*

1. Avec prédominance de tuméfaction inflammatoire :

Érythanthème toxique.

Variétés :

Formes maculo-papuleuses :

Erythème toxique, pellagre, acrodynie.

Nerveux.

Formes pustuleuses : furoncles et ecthyma nerveux.

Forme hémorragique : purpura nerveux.

2. Avec prédominance du spasme des vaisseaux de la peau (œdème névrotique de la peau) :

Urticaire nerveuse.

3. Avec atrophie prédominante de la peau (atrophies nerveuses de la peau) :

Liodermie nerveuse (glossy-skin).

Onychogryphose nerveuse.

Alopécie nerveuse.

Leucodermie nerveuse.

4. Avec nécrose réelle de la peau (gangrènes nerveuses de la peau) :
Inflammations du tissu cellulaire d'origine nerveuse (chroniques).
Eschares produites par le décubitus, d'origine nerveuse (aiguës)

TROISIÈME CLASSE.

Dermatoses névrotiques.

Dermatoses occasionnées par altération des éléments nerveux de la sensibilité (et en même temps trophiques?).

I^{re} Famille. Dermatoses nerveuses à évolution cyclique.

Herpès d'origine nerveuse (zona, herpès zoster); herpès fébrile (hydroa fébrile) (?).

II^e Famille. Dermatoses nerveuses à évolution cyclique.

1. Avec prédominance de tuméfaction inflammatoire (processus inflammatoire nerveux de la peau) :

Érythanthème nerveux.

Variétés : Formes maculo-papuleuses : Érythème nerveux.

Formes vésiculeuses et bulleuses : Herpès, pemphigus et eczéma.

Décubitus traumatique.

Gangrène idiopathique.

Asphyxie locale avec gangrène symétrique.

Mal perforant du pied.

QUATRIÈME CLASSE.

Dermatoses par stase.

Dermatoses avec le caractère d'un trouble passif dans la circulation et ouverture préjudiciable des vaisseaux lymphatiques et nerveux.

A. AVEC STASE INCOMPLÈTE.

I^{re} Famille. Hyperémies par stase et anémies.

Cyanose.

Ischémie locale de la peau.

Hémorragie cutanée.

Hémoglobinorrhée de la peau.

II^e Famille. *Transsudations par stase.*

1. Le transsudat persiste sous forme liquide :
Œdème de la peau.
2. La transsudation se transforme en induration et hypertrophie du tissu connectif de la peau :
Éléphantiasis des Arabes.
3. La transsudation conduit à l'atrophie du tissu connectif de la peau :
Sclérème cutané.
(a) Des nouveau-nés.
(b) Des adultes (sclérodermie).

B. AVEC STASE COMPLÈTE.

Une seule famille. Névroses par stase.

Formes vésiculeuses et bulleuses : herpès, pemphigus et eczéma toxique.

Formes pustuleuses : furoncles et ecthyma toxique.

Forme hémorragique : purpura toxique.

2. Avec spasme prédominant des vaisseaux de la peau :

Urticaire toxique.

3. Avec obstruction vasculaire et terminaison par nécrose :

Ergotisme.

III^e Famille. *Angionévroses essentielles (idiopathiques, diététiques).*

1. Avec prédominance de tuméfaction inflammatoire :

Érythanthèmes essentiels.

Variétés :

Formes maculo-papuleuses :

(a) Superficielles : Érythème multiforme, papuleux, circoné, iris annulaire.

(b) Ayant un siège profond : Érythème noueux.

Formes vésiculeuses, bulleuses et pustuleuses :

Herpès circoné, iris, annulaire, herpès phlycténoïde, herpès impétigineux (impetigo herpétiforme).

Efflorescences eczémateuse et pemphigoïde par cause angionévrotique, chez les hystériques, etc.

Forme hémorragique : purpura (petiose) rhumatismal.

2. Avec spasme prédominant des vaisseaux cutanés :
Cnidosis (urticaria essentielle, chronique).
 3. Avec dilatation vasculaire et néoformation de vaisseaux :
Erythème angiectasique (acné rosée).
Ainhum.

CINQUIÈME CLASSE.

Dermatoses hémorragiques.

Dermatoses consécutives à l'augmentation du passage des corpuscules rouges du sang à travers les parois des vaisseaux cutanés sans tuméfaction ou stase locale dans la peau.

I^{re} Famille. *Hémorragies traumatiques. Ecchymoses* (pétéchies, *vibices*).

II^{re} Famille. *Hémorragies essentielles (indépendantes d'irritations externes)*.

1. Avec légers troubles généraux de l'organisme :

Purpura : (a) simple.

— (b) papuleux.

2. Avec prédominance de phénomènes généraux :

Morbus maculosus (purpura hémorragique).

Scorbut.

SIXIÈME CLASSE.

Idionévroses de la peau.

Anomalies fonctionnelles des expansions nerveuses cutanées sans altérations trophiques de la peau.

A. NÉVROSES DE LA SENSIBILITÉ.

I^{re} Famille. *Névroses du sens du toucher (esthésionoses de la peau)*.

Hyperesthésie de la peau.

Anesthésie —

Paraesthésie —

II^e Famille. Névroses de la sensibilité générale de la peau (dermatalgies).

1. La névrose se présente comme douleur :

Névralgies de la peau.

2. Sous forme d'irritation prurigineuse :

Comme névrose pure de la sensibilité :

Prurit cutané.

Combinée avec une névrose de la motilité (contraction spasmodique des muscles redresseurs des poils) :

Prurigo.

B. NÉVROSES CUTANÉES PURES DE LA MOTILITÉ.

Une seule famille. Dermatospasme, chair de poule (cutis anserina).

SEPTIÈME CLASSE.

Epidermidoses.

Anomalies de croissance de l'épiderme et de ses annexes.

A. ANOMALIES DE LA FORMATION CORNÉE ET DE SÉCRÉTION (KÉRATONOSSES).

Premier groupe. Kératoses dans le sens le plus strict du mot.

1^{re} Famille. Hyperkératoses.

1. Diffus :

Ichthyose diffuse : (a) simple.

— — (b) hystrix.

2. Autour des follicules :

Lichen pileaire.

Ichthyose folliculaire.

3. En foyers, mais indépendantes des follicules :

Corne cutanée.

Callosité.

Œil de perdrix, cor.

II^e Famille. Parakératoses.

1. Diffus :

Psoriasis.

2. Folliculaire :

Lichen ruber et plan.

III^e Famille. Kératolyses.

Pityriasis : (a) (blanc) simple.

— (b) (rouge) essentiel.

Dermatite exfoliatrice des enfants.

Deuxième groupe. Trichoses.

I^{re} Famille, Hypertrichoses. Hypertrichose congénitale.

II^e Famille. Paratrachoses.

Trichorrhéxis noueuse.

Trichoptilose.

III^e Famille. Atrichoses.

1. Diffus :

Alopécie diffuse (a) simple.

— — (b) pityrode.

2. En foyers :

Alopécie en aires.

Troisième groupe. Onychoses.

I^{re} Famille. Hyperonychoses.

Hyperonychie.

II^e Famille. Paronychoses.

Onychogryphose idiopathique.

III^e Famille. Onycholyses.

Onycholyse idiopathique.

Quatrième groupe. Stéatoses.

I^{re} Famille. Hyperstéatoses.

Schorrhée : (a) huileuse.

— (b) croûteuse.

II^e Famille. *Parastéatoses.*

Grutum.

Miliun.

Athérome (outre l'acrochordon et le nævus folliculaire).

Miliunamyloïde (molluscum contagieux).

Miliunhaloïde.

III^e Famille. *Astéatoses.*

Xérodémie : (a) congénitale.

— (b) acquise.

Cinquième groupe. *Idroses.*I^{re} Famille. *Hyperidroses,*

Hyperidrose idiopathique.

II^e Famille. *Paridroses.*

Chromidrose.

Bromidrose.

Hématidrose.

Uridrose.

III^e Famille. *Anidroses.*

Anidrose idiopathique.

Dysidrose (cheiropompholyx).

B. ANOMALIES DU PIGMENT DE LA PEAU (CHROMATOSES).

I^{re} Famille. *Hyperchromatoses.*

1. Congénitales :

Nævus pigmentaire :

Variétés :

Spilus.

Verruqueux.

Pilaire.

2. Acquises :

Chloasma : brunâtre (utérin).

— noir (mélasma).

Lentigines (éphélides).

II^e Famille. *Parachromatoses*.

Coloration de la peau par suite d'ictère, d'argyrie.

- par le tatouage.
- par maladie d'Addison.
- par cachexie intermittente, etc.

III^e Famille. *Achromatoses*.

1. Congénitales :

Albinisme : (a) généralisé.

— (b) partiel.

Poliose.

2. Acquisées :

Vitiligo.

Canitie prématurée.

C. ANOMALIES DE LA COUCHE DENTELÉE DE L'ÉPIDERME (AKANTHOSES).

I^{re} Famille. *Hyperakanthoses (akanthomes simples)*.

1. Prolifération de la couche dentelée sur la surface cutanée (akanthome verruciforme) :

Verrues.

Condylome acuminé.

2. Prolifération des conduits glandulaires (adénome cutané) :

Idrotadénome (adénome des glandes sudoripares).

II^e Famille. *Parakanthoses (akanthome alvéolaire)*.

1. Avec kératinisation distincte des cellules de nouvelle formation :

Épithéliome.

Variétés :

Superficiel (ulcus rodens).

Profond.

2. Sans kératinisation des cellules de nouvelle formation :

Carcinome cutané.

Variétés :

Mou.

Colloïde.

Mélanode.

III^e Famille. *Akantholyses.*

Pemphigus essentiel :

- (a) aigu.
- (b) chronique.

Variétés :

Bulleux.

Foliacé.

Gangrène cachectique des enfants.

HUITIÈME CLASSE.

Chorioblastoses.

Anomalies de croissance du derme et du tissu conjonctif sous-cutané.

A. DÉVELOPPEMENT EXAGÉRÉ DE LA COUCHE DE TISSU CONJONCTIF.

Une seule famille. Hyperdesmoses. Makrosomie.

B. CROISSANCE PARATYPIQUE DE LA COUCHE DE TISSU CONJONCTIF DE LA
PEAU (PARADESMOSSES).I^{re} Famille. *Granulomes de la peau.*

Lupus essentiel (idiopathique) :

(a) Tuberculeux.

Variétés :

L. scléreux.

L. exubérant.

(b) Érythémateux.

Scrofulodermie.

Papuleux et vésiculeux (lichen scrofuloux).

Squameux (pityriasis scrofuloux).

Tuberculeux (lupus scrofuloux).

— gommeux.

— ulcéreux.

Tuberculose de la peau.

Lèpre :

Tuberculeuse.

Maculeuse.

Anesthésique.

Syphilodermie :

Maculeuse.

Papuleuse et squameuse.

Vésiculeuse.

Bulleuse.

Pustuleuse,

Tuberculeuse (lupus syphilitique).

— gommeuse.

— ulcéreuse.

Rhinosclérome.

Granulome fongoïde.

II^e Famille. Desmomes de la peau.

Fibrome de la peau.

(a) Disséminé.

(b) Chéloïde.

Ostéome

Chondrome

Lipome

Myxome

Hyalome

Xanthome

Myome

Névrome

Angiome

de la peau.

(a) Phlébangiome.

(b) Lymphangiome.

Variétés : { simple.
caverneux.

Sarcome de la peau.

C. DISPARITION OU ABSENCE CONGÉNITALE DE LA COUCHE DE TISSU CONJONCTIF.

Une seule famille. Adesmoses.

1. Généralisé et diffus :

Liodermie essentielle (congénitale ?).

2. Partiel :

Stries atrophiques de la peau.

NEUVIEME CLASSE.

Dermatomycoses, affections parasitaires de la peau et de ses annexes.*I^{re} Famille. Mycose en godets (favique, lupinosa, Favus).*

Dermatomycose	}	faviques.
Trichomycose		
Onychomycose		

*II^e Famille. Mycose circinée (herpès tonsurant, Ringworm.)***Dermatomycose circinée :****Variétés :****D. Maculo-vésiculeuse.****D. Marginée (eczéma marginé).****D. Diffuse (imbriquée de Manson).****Trichomycose circinée.****Onychomycose —***III^e Famille. Mycose pustuleuse.***Dermatomycose pustuleuse (impetigo contagieux ?)****Trichomycose pustuleuse :****Variétés :****Tr. de la barbe (sycosis parasitaire).****Tr. du cuir chevelu (kerion de Celse).***IV^e Famille. Mycose furfuracée (pityrode).***Dermatomycose furfuracée (pityriasis versicolor).**

A. D.

PHARMACOPŒIA OF THE BRITISH HOSPITAL FOR DISEASES OF THE SKIN, SECOND EDITION, BY BALMANNO SQUIRE (Londres, 1880). J. et A. CHURCHILL.

Dans ce petit formulaire, l'auteur a réuni les prescriptions qui sont le plus ordinairement employées dans le traitement des maladies de la peau: Le mode de préparation et d'application de chaque médicament

est indiqué d'une manière très précise. L'auteur a soin en outre de préciser quels sont les cas dans lesquels on doit y avoir recours, aussi les médecins pourront-ils trouver dans cet ouvrage d'utiles renseignements. Les lecteurs français regretteront peut-être que M. Balmanno Squire n'ait pas donné les formules d'après le système décimal, comme l'ont fait, dans leurs derniers ouvrages, les professeurs Kaposi et Neumann, ou tout ou moins n'ait pas placé en regard des poids anglais ceux usités en France.

A. DOYON.

LE MICROBE DU PUS BLENNORRHAGIQUE, par le Dr P. WEISS. (*Thèse de Nancy*, 1^{re} série, n° 119), 1880.)

La question de la nature de la blennorrhagie a donné lieu à des discussions, à des travaux nombreux. Non virulistes et virulistes défendent leurs opinions en se basant sur des expériences et sur des observations variées et multiples. Les premiers nient la virulence, et considèrent la chaude-pisse comme un catarrhe de plus ou moins grande intensité. Les autres sont convaincus qu'il existe dans la blennorrhagie un principe spécifique, un contagion spécial.

En 1844, Donné, examinant du pus de vaginite blennorrhagique, signala la présence dans ce liquide de parasites, tels que le trichomonas vaginalis et le vibrio lineola.

En 1862, le Dr Jousseau prétendait avoir trouvé dans le pus de la blennorrhagie un parasite végétal, une algue à longs filaments ramifiés.

Il est évident que les recherches de ces deux observateurs se rapportaient à des éléments parasitaires développés sous l'influence de germes putrides; ils étaient de plus étudiés dans de mauvaises conditions, puisque les grossissements dont les histologistes disposaient à cette époque étaient plus qu'insuffisants.

Hallier (1) prétendit avoir trouvé des micrococci dans le pus blennorrhagique. Voici, du reste, comment s'exprime le professeur d'Iéna. « Le pus blennorrhagique contient une infinité de micrococci qui sont en partie libres, en partie logés dans les cellules de pus, dans lesquelles ils forment des vacuoles d'abord, et qu'ils détruisent enfin complètement. Des corpuscules identiques se trouvent dans le sang des individus affectés de rhumatisme blennorrhagique.

(1) *Zeitschrift für Parasitenkunde*, 1872.

Salisbury (1) publia à son tour des recherches sur la nature du pus blennorrhagique. Il étudia une centaine de cas environ de blennorrhagie et trouva des spores et des filaments. Ces spores étaient ténues, très bien délimitées. On les trouve, dit-il, souvent réunies au nombre de deux ou de quatre pendant le travail de segmentation. De plus, elles provoquent autour d'elles la formation très prompte de cellules de muco-pus, lequel devient ainsi un véhicule pour l'élimination du virus hors des cellules-mères. Il en résulte, ajoute l'auteur, que presque chaque goutte de l'écoulement gonorrhéique sort chargée du principe spécifique.

Enfin en mai 1879, Neisser (2), assistant à la clinique de dermatologie de Breslau, communiqua les résultats de ses recherches, constatées par M. le professeur Cohn, sur la présence de micrococcus dans le pus blennorrhagique.

Dans ses préparations, il constata, entre les cellules de pus et à leur surface, un nombre plus ou moins considérable de micrococcus à forme caractéristique. L'individu isolé est circulaire, se colore très bien par le violet de méthyle et de dalia. Colorés par l'éosine, les parasites apparaissent moins nettement. Habituellement ils ne sont pas isolés; presque toujours on les trouve réunis deux à deux, et cela d'une façon si intime, qu'on les prendrait facilement pour un individu unique: ils se présentent alors sous la forme d'un biscuit ou d'un 8. La plupart du temps, ces parasites forment des colonies de dix à vingt êtres entourés d'une enveloppe unique, enveloppe hyaline, qui apparaît d'une façon plus nette quand on diminue l'éclairage. Ils s'observent à la surface des globules de pus, plus rarement sur les cellules épithéliales. Dans ces cas, les noyaux de ces éléments cellulaires sont en voie de destruction ou manquent déjà complètement.

L'auteur a constaté la présence de ce micrococcus dans trente-cinq cas de gonorrhées plus ou moins anciennes; toujours le pus ne renfermait que cette seule espèce de microbe, à part un cas compliqué de chancre du canal urétral. Jamais il ne l'a trouvé dans d'autres sécrétions purulentes (balanoposthite, chancre mou, chancre syphilitique, bubon, panaris, etc.). De même, absence complète du parasite dans treize cas de leucorrhée vaginale pris au hasard. Des préparations faites avec le liquide vaginal de deux jeunes filles, victimes d'un même attentat, étaient remplies de micrococcus. L'enquête démontra que l'individu qui avait commis le crime était atteint de blennorrhagie.

(1) *Zeitschrift für Parasitenkunde*, 1873.

(2) Neisser, *Centralblatt für medicinische Wissenschaften*, mai 1879.

Enfin, Neisser a encore rencontré ce micrococcus dans l'ophtalmie blennorrhagique et point dans la conjonctivite simple.

Nous avons engagé un de nos élèves, M. le Dr Weiss, à contrôler ces faits, et à faire de nouvelles recherches. Voici le résumé de ses expériences et des résultats auxquels il est arrivé.

Le pus qu'il a examiné provenait de femmes atteintes de vaginite blennorrhagique et d'hommes atteints de blennorrhagie. Chez les hommes, le pus était recueilli directement dans des tubes capillaires; chez les femmes, le pus était reçu dans un spéculum plongé préalablement dans une solution d'hypermanganate de potassium, puis soigneusement essuyé; l'instrument une fois retiré du vagin, le pus était également recueilli dans un tube à vaccin.

M. Weiss s'est servi comme réactifs de coloration, de l'éosine, du violet de méthyle en solution aqueuse et de l'acide osmique; enfin purement et simplement d'eau distillée. L'examen microscopique a été fait avec des grossissements de 2,200 (oculaire n° 3, objectif n° 10, de Nachet) de 1,100, de 1,000 et même de 900 de diamètres.

Le violet de méthyle en solution aqueuse paraît être le meilleur réactif, mais il faut l'ajouter en petite quantité. On aperçoit alors, au milieu des globules de pus et des éléments épithéliaux, dont les noyaux apparaissent très bien colorés, de petits corps d'un violet foncé, tantôt isolés, tantôt unis deux à deux, trois à trois, quatre à quatre, mais le plus souvent formant des groupes de cinq à sept éléments disposés d'une façon spéciale. Enfin ces corpuscules peuvent former des agglomérations considérables.

L'individu isolé apparaît sous une forme à peu près sphérique, avec des contours très accusés et tranchants sur les autres granulations qui peuvent exister dans la préparation. En faisant varier le point, on constate que le micrococcus est entouré d'une espèce d'auréole claire, lumineuse, hyaline, dont l'enveloppe est à son tour bien visible. Ces individus isolés sont rares dans les blennorrhagies récentes, non traitées. Ils sont généralement accolés deux à deux, trois à trois, quatre à quatre. Dans le premier cas, c'est-à-dire quand ils sont unis deux à deux, ils ont la forme d'un petit boudin rétréci en son milieu, d'un biscuit, d'un 8. Quand ils sont accolés trois à trois, quatre à quatre, on aperçoit trois moitiés de 8 placées l'une à côté de l'autre, ou deux 8 superposés. On ne rencontre pas la disposition en chapelets ou chaînettes propre à la fermentation ammoniacale de l'urine.

Ces micrococci ont à peu près les mêmes dimensions; ils ont entre 10 et 13 dixièmes de μ de diamètre; il en est cependant qui sont beaucoup plus petits.

Quand la préparation a été colorée, les corpuscules sont immobiles. Il ne semble pas en être de même quand on n'ajoute pas de réactif.

On n'observe pas seulement des micrococcus entre les cellules épithéliales et les globules de pus. Ces derniers en sont parfois bondés et le noyau est alors détruit.

En colorant la préparation par l'éosine, les corpuscules apparaissent moins nettement. L'acide osmique les teint légèrement en brun.

Avec l'eau distillée ils sont à peine visibles.

M. Weiss a ainsi examiné le pus de trente-deux malades (vingt-trois cas de vaginite, neuf cas de blennorrhagie urétrale chez l'homme), et chaque fois il a retrouvé les formes parasitaires dont nous venons de parler.

Comme contrôle, M. Weiss a examiné du pus de provenance diverse: urétrite simple, balanoposthite, chancre mou, chancre syphilitique, bubon inguinal, leucorrhée vaginale, urétrite, arthrite suppurée du genou. Jamais il n'a trouvé les éléments spéciaux qu'il considère comme caractéristiques de la blennorrhagie.

Nous regrettons que, pressé par le temps, M. Weiss n'ait pas fait des expériences de culture qui auraient complété son travail. Il resterait en effet bien des recherches de contrôle à faire pour lever tous les doutes.

Nous n'insisterons pas sur les discussions théoriques qui sont contenues dans ce travail.

Dans le chapitre consacré au traitement, M. Weiss insiste surtout sur l'action parasiticide de l'hypermanganate de potassium. En effet, dans tous les cas de blennorrhagie vaginale traités dans mon service à l'aide d'injections faites avec une solution de 0,25 pour 1000, on a pu constater la diminution rapide et considérable, du nombre des micrococcus. En même temps, ceux-ci perdaient leur zone d'enveloppe et la quantité des individus à l'état d'isolement avait beaucoup augmenté: on comptait moins de groupes. Enfin, ils se coloraient moins bien par le réactif, et les variations de point les faisaient apparaître très réfringents.

D^r PAUL SPILLMANN.

LETTRES.

LETTRE DE M. LOUIS JULLIEN

A PROPOS DU TRAVAIL INTITULÉ

De la Syphilis suivant les races et suivant les climats, par M. H. REY.

(*Annales de Dermatologie*, n° du 23 octobre 1880.)

AU COMITÉ DE RÉDACTION DES *Annales*.

Un article publié dans le dernier numéro des *Annales* contient une étude sur la distribution géographique de la syphilis. L'auteur, M. le Dr Rey, y apprécie les développements que j'ai moi-même consacrés à cette question en des termes dont je le remercie, mais qui me semblent dictés par une bienveillance trop exclusive; n'eût-il pas été plus équitable de signaler aussi les auteurs qui ont écrit avant moi sur ce sujet.

Le regret que m'a causé cette omission est d'autant plus vif que le travail de mon maître et ami, le Dr Lancereaux, m'a beaucoup servi pour la rédaction de mon chapitre. Je l'ai déclaré dans le cours des pages citées (p. 481), et c'est pour moi plaisir autant que justice que de le répéter ici en renouvelant à tous deux l'expression de ma gratitude.

Veuillez agréer, etc.

Dr LOUIS JULLIEN.

La lettre ci-dessus est inspirée par un sentiment trop honorable pour que nous ne l'ayons pas insérée immédiatement. Nous nous empressons d'ajouter que M. le Dr Rey a regretté lui-même l'omission tout involontaire du nom et des travaux de notre savant confrère, M. Lancereaux.

LA RÉDACTION.

Congrès International des Sciences médicales,**LONDRES, 2-9 août 1881.****SECTION XI. — Maladies de la peau.****ERASMUS WILSON, Esq., F. R. S., Président.**

D ^r CHEADLE,	} Vice-Présidents.
D ^r R. LIVEING	
D ^r CAVAFY,	} Secrétaires
D ^r THIN,	

Liste des sujets proposés pour la discussion.

1. Sur les rapports entre les maladies constitutionnelles et les maladies de la peau.
2. Sur la nature et le traitement du Lupus érythémateux.
3. Sur l'influence que peuvent avoir sur le développement et le caractère des maladies de la peau, le climat, la différence des races, et la manière de vivre.

Le président et les secrétaires vous seraient très obligés pour une réponse, les informant s'il est de votre intention d'être présent au congrès.

Toutes les communications ayant rapport à la section IV, doivent être adressées à un des secrétaires de la section,

D^r CAVAFY,
2, Upper Berkeley Street.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

THÈSES

SUR LA DERMATOLOGIE, LA SYPHILIGRAPHIE ET LES MALADIES VÉNÉRIENNES

soutenues en 1880.

DERMATOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CHABRIER. — Étude sur le vitiligo.

DARLAN. — Traitement de l'érysipèle par le collodion.

RAIMBAULT. — Contribution à l'étude des gelures.

SAMIER. — Essai sur la pluralité des néoplasmes.

MOOK. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et du traitement de l'eczéma.

SAMIER. — Des verrues, leur traitement; verrues de la plante du pied et de la paume de la main.

LÉVÊQUE. — Traitement de l'épithélioma bénin de la face par le chlorate de potasse.

LARÈS-BARALT. — Du hoang-nan et de son emploi contre la lèpre.

DEPOORTER. — Contribution sur les gelures.

VAILHE. — Contribution à l'étude des anthrax de la face.

FRILET. — Contribution à l'étude des manifestations herpétiques dans leurs rapports avec le traumatisme.

PASQUET. — Étude sur une affection symétrique des mains considérée comme eczéma dégénéré.

UFFOLTZ. — De l'acné varioliforme.

FAVIER. — Quelques considérations sur les rapports entre la sclérodémie spontanée et la gangrène symétrique des extrémités.

SANGLÉ. — Étude sur l'eczéma scrofuleux.

- CANOVILLE. — Des lésions produites par la chique ou puce pénétrante.
HÉGUY. — Étude sur le lichen planus.
NICOLAS. — Du pityriasis rosé ou de la roséole squameuse.
CAMUS. — Contribution à l'étude du zona de la face.
FOURGS. — Contribution à l'étude de l'ichthyose.
BIGNON. — De l'acné varioliforme.
FRISSARD. — Essai sur l'acide phénique dans le traitement de la gale.
BONNERIC. — Des éruptions secondaires de la vaccine.
DUVAL. — Des éruptions rénales.
JARRY. — De l'ecthyma, et en particulier de l'ecthyma ulcéreux du nouveau-né.

FACULTÉ DE LYON.

- LARROQUE. — De l'anatomie et de la signification pathologique du lupus.
MONNIER. — Des éruptions pemphigoides secondaires dans les fièvres éruptives.
NODET. — Contribution à l'étude des éruptions pemphigoides aiguës.

FACULTÉ DE LILLE.

- ROBILLARD. — De l'innervation des glandes sudoripares.
FONTAINE. — De l'ulcère simple des jambes et de son traitement.

FACULTÉ DE MONTPELLIER.

- CHARASSE. — Du psoriasis et de son traitement par l'acide pyrogallique.
COURAL. — Quelques mots sur la pellagre.

FACULTÉ DE NANCY.

- ANDREUX. — Du traitement mécanique et chirurgical dans les affections cutanées.

MALADIES VÉNÉRIENNES ET SYPHILITIQUES.

FACULTÉ DE PARIS.

- DECOURTIEUX. — De l'urétrite blennorrhagique chez la femme.
VINACHE. — Contribution à l'étude des paraplégies syphilitiques.

- BOUCHEREAU. — Étude sur la laryngite syphilitique secondaire.
 DUREUIL. — Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques.
 GAILHARD. — Étude clinique sur la glossite tertiaire.
 NITOT. — Des gommes syphilitiques de l'iris et du corps ciliaire.
 RIVAUD. — Contribution à l'étude de la paralysie générale syphilitique.
 DUPRET. — Contribution à l'étude des lésions artérielles dans la syphilis, et des anévrismes en particulier.
 ROUX. — Étude sur la syphilis secondaire du larynx.
 PERTHOU DE LAMALLERÉE. — Étude sur la laryngite syphilitique.
 RAMAGE. — Contribution à l'étude des gommes ganglionnaires.
 DUCOS. — Étude sur la métrite et les accidents péritonéaux d'origine blennorrhagique.
 SCHWARZ. — De l'hémiplégie syphilitique précoce.
 HÉRAUD. — Étude diagnostique sur deux cas de syphilome bucco-lingual.

FACULTÉ DE LYON.

- REUILLET. — Contribution à l'étude de la syphilis chez les dartreux.
 MAGNANON. — Des injections hypodermiques de sublimé dans la syphilis.
 MONTAZ. — Recherches sur la trace indélébile du chancre syphilitique, ses caractères.

FACULTÉ DE MONTPELLIER.

- BOREL. — Des abcès blennorrhagiques péri-urétraux chez l'homme.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

- Leçon de M. le professeur HARDY sur un cas de PARALYSIE ALTERNE D'ORIGINE SYPHILITIQUE. (*Le Praticien*, 26 juillet 1880.)
 ARTHRITE SCAPULOH-UMÉRALE D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE. Leçon de M. le professeur GOSSELIN. (*Gazette des hôpitaux*, n° 131, 1880.)
 TUMEUR SYPHILITIQUE DU CERVEAU. Leçon clinique de M. le professeur HARDY. (*Gazette des hôpitaux*, n° 128, 1880.)

- OBSERVATION DE CHANCRE SYPHILITIQUE A SIÈGE INSOLITE, par GIBIER DE SAVIGNY. (*Union médicale*, n° 127, 1880.)
- TUMEURS GOMMEUSES DU TRICEPS FÉMORAL. Leçon clinique de M. le professeur RICHET. (*Gazette des hôpitaux*, n° 113, 1880.)
- POLYPES ET EXCROISSANCE DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME. Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 13 mars 1880, par M. le Dr BOULOUMIÉ. (*Union médicale*, n° 88-91, 1880.)
- SYPHILIS GALOPANTE, par M. OTT, élève des hôpitaux. Observation recueillie dans le service de M. le Dr GUIBOUT, à l'hôpital Saint-Louis. (*Union médicale*, n° 136, 1880.)
- INOCULATION DE LA SYPHILIS PAR LE RASOIR. Deux observations par M. A. DESPRÈS. (*Paris médical*, du 26 novembre 1880.)
- PNEUMONIE D'ALLURE BATARDE CHEZ UN SYPHILITIQUE. LÉSIONS CIRCOSCRITES DE L'AUTRE POU MON (GOMMES ?); par A. ROBERT, interne des hôpitaux. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1880.)
- ORCHITE ET VAGINALITE, par M. le professeur GOSSELIN. (*Gazette des hôpitaux*, 1880.)
- ERYTHEMA, von Dr B. BEHREND, in Berlin. Separat-abdruck aus der *Real-encyclopädie der Gesamten Heilkunde*, von A. Eulenburg, 1880, Wien.
- DAS MULTIPLE KELOID, von Prof. Dr ERNST SCHWIMMER, in Budapest, 1880.
- ÜBER PIGMENTSYPHILIS, von Prof. ERNST SCHWIMMER in Budapest, Separatabdruck nos 17, 18 und 20, 1880), der *Wiener Medizin. Blätter*. Wien 1880. Druck und Verlag von L. Bergmann et Comp., in Wien.
- ON THE MANAGEMENT OF INFANTILE ECZEMA BY L. DUNCAN BULKLEY, A. M. M. D., Reprinted from *Transactions of the Medical Society of the State of New-York for 1880*, New-York, G. P. Putnam's Sons, 1880.
- ON THE USE OF SULPHUR AND ITS COMPOUNDS IN DISEASES OF THE SKIN, BY L. DUNCAN BULKLEY, A. M. M. D. (Reprinted from *archives of Dermatology*, july 1880.)
- DE LA FOLLICULITE CHANCREUSE OU CHANCRE MOU FOLLICULAIRE, mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 9 avril 1880, par MM. le Dr GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital de Lourcine et FRÉDÉRIC BRUNEAU, interne des hôpitaux.
- DE LA LARYNGITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE, avec une planche coloriée, par le Dr GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital de Lourcine, Paris, G. Masson, éditeur, 1881.

ERYTHÈME PAPULEUX GÉNÉRALISÉ, ÉRYTHÈME NOUEUX DES JAMBES, PAPULES DES CONJONCTIVES, RHUMATISME ARTICULAIRE SUBAIGU DES ARTICULATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES, TIBIO-FÉMORALES ET TIBIO-TARSIENNES, Communication faite à la société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 10 octobre 1879, par le Dr GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital de Lourcine.

ANALYTISCHE DIAGNOSTIC DER KRAUHTREITEN IM GEBIETE DER DERMATOLOGIE UND SYPHILIDOLOGIE VERBUNDEN MIT THERAPEUTISCHEN RATHSCHLÄGEN, par le Dr G. WERTHEIM, broch. in-8°, 1881, Wien chez GEROLD, éditeur.

LE GÉRANT : MASSON.

Société d'imprimerie. PAUL DUPONT. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 62.1.81

THE
[Faint, illegible text follows, appearing to be a list or index of names and titles, possibly related to a historical or literary work. The text is too faded to transcribe accurately.]

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. RENAUT.

COURS D'ANATOMIE GÉNÉRALE.

TISSUS D'ORIGINE ECTODERMIQUE. — PEAU.

Suite de l'étude des phanères (odontoïdes et dents).

(18 mai 1878.)

SIXIÈME LEÇON (*Suite*).

Corpuscules terminaux du tact. La forme la plus simple et la plus typique des corpuscules terminaux du tact est celle que l'on

[1] Voy. *Annales de Dermatologie*, t. 1^{er}, p. 477, 488.

observe dans la langue et dans le bec de certains oiseaux. Ces corpuscules ont été étudiés par un grand nombre d'anatomistes. Leydig, Grandry, Goujon, en ont indiqué successivement la structure chez le pigeon, la bécasse, le canard, le perroquet et certains passereaux. Tout récemment Merkel a repris cette étude dans le bec du canard domestique. La connaissance de la disposition exacte affectée par la terminaison nerveuse est néanmoins due à M. Ranvier qui, dans une note insérée dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* (décembre 1877), a fait faire un pas important à la question qui nous occupe.

Le derme de la muqueuse linguale du canard, et celui qui revêt latéralement en dedans le bec de cet animal, est rempli de terminaisons nerveuses. Ces dernières sont de deux ordres : Les unes se font dans des appareils analogues aux corpuscules de Pacini, nous les décrirons ultérieurement ; les autres se font dans des corpuscules tactiles particuliers que nous allons maintenant décrire. Les nerfs composés de fibres à myéline rampent dans le derme sous forme de troncs de petit volume. Arrivés dans les parties superficielles, au voisinage des papilles, ils prennent une direction perpendiculaire à la surface comme s'ils tendaient à gagner celle-ci par le plus court chemin. Parvenus à la base des papilles, ils subissent un certain nombre de bifurcations qui dissocient leurs fibres ; mais cette dissociation n'affecte pas ordinairement la disposition d'un bouquet pré-terminal. Autrement dit on ne voit pas, d'un ou de deux tubes nerveux à moelle, partir, au niveau d'un étranglement annulaire un bouquet à branches divergentes. Souvent, au voisinage d'un corpuscule, un groupe de deux ou trois fibres à myéline, et parfois même un seul, subit successivement des branchements en Y qui donnent à la terminaison nerveuse un aspect arborisé. Mais cette division ne se fait pas régulièrement pour toutes les papilles. Une éminence papillaire volumineuse peut renfermer plusieurs terminaisons sensitives fournies soit par une seule branche ramifiée, soit par plusieurs tubes à myéline. Dans une même papille l'on voit se terminer des nerfs et monter des vaisseaux, fait qui ruine absolument la distinction qu'on a tenté de faire entre les papilles vasculaires et les papilles nerveuses.

Les organes terminaux du tact sont situés, chez le canard

domestique, en général au voisinage des couches stratifiées de l'ectoderme. Souvent ces corps sont immédiatement adjacents à ces dernières, et n'en sont séparés que par la mince limite festonnée du derme. Parfois cependant, surtout sur les bords latéraux des papilles, les corpuscules terminaux sont plus profondément situés. Ils sont alors séparés de l'ectoderme par des bandes de tissu connectif fasciculé.

Dans leur trajet ascendant, les tubes nerveux qui se rendent aux corpuscules du tact sont accompagnés : 1° par une mince gaine lamelleuse ; 2° par des faisceaux épais de fibres connectives parallèles à leur direction. Avant d'atteindre le corpuscule terminal, le tube nerveux à myéline montre des segments interannulaires de plus en plus courts, et il aborde le corpuscule du tact soit directement, soit en le contournant légèrement.

Les corpuscules du tact sont simples ou composés. Le plus simple de tous est formé par la réunion de deux corps cellulaires. C'est ce corpuscule que nous allons décrire et prendre pour type. Les cellules qui forment la charpente du petit organe sont ovoïdes. Leur masse protoplasmique est formée d'une substance transparente comme le verre, semée de quelques granulations placées en série, dessinant une striation granuleuse élégante à stries parallèles et que l'osmium colore en brun clair. Ces granulations sont un peu plus abondantes au voisinage du noyau qui est placé à la périphérie de l'élément. Ce noyau est volumineux, muni d'un nucléole brillant qui occupe sa partie centrale. En résumé, l'élément tout entier, constitué par une substance transparente et très rétractile, offre une grande analogie avec les cellules du nodule sésamoïde du tendon d'Achille des batraciens anoures. Il en diffère, cependant en ce qu'il ne contient pas, autant que je l'ai pu voir du moins, l'amas granuleux agrégé en amas distinct que, d'après l'observation de M. Ranvier, l'on trouve régulièrement en dehors du noyau dans les cellules du nodule du tendon d'Achille. Quoi qu'il en soit, il s'agit ici d'une pièce de charpente de nature cellulaire, et qui n'est pas sans analogie avec les productions semblables qui prennent naissance au sein du tissu fibreux.

Pour former le corpuscule du tact, j'ai dit qu'il faut nécessairement le concours de deux cellules (fig. 12, p. 204). La forme générale du cor-

puscule entier est celle d'un ellipsoïde. Les deux cellules, qui concourent à la formation de ce dernier, sont disposées l'une par rapport à l'autre comme le seraient les deux moitiés d'un fruit ovoïde, d'une pêche par exemple, que l'on aurait séparées, puis juxtaposées de nouveau après en avoir extrait le noyau. Il suit de là que la cellule supérieure présente une face périphérique bombée et une face profonde plane, légèrement excavée en son milieu. Inversement la cellule inférieure offre une face périphérique plane, légè-

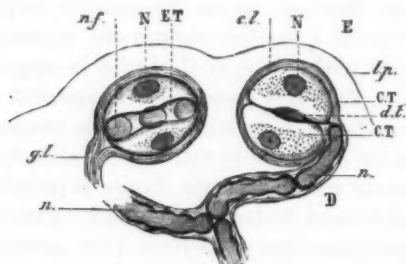


FIG. 12. Corpuscules tactiles du bec du canard domestique.

n. tube nerveux à moëlle ; — *CT*, cellules du tact ; — *N*, leur noyau ; — *dt*, disque tactile ; — *ET*, cavité du disque tactile ; — *nf*, noyau de cette cavité ; — *gl*, gaine lamelleuse ; — *cl*, couche lamelleuse du corpuscule ; — *E*, épiderme ; — *lp*, limitante ; — *D*, derme.

rement creusée à son centre, et une face profonde curviligne. De la sorte, les deux moitiés cellulaires du corpuscule simple du tact interceptent, en se réunissant par les faces planes occupant l'interligne qui les sépare, une petite cavité affectant la forme lenticulaire d'un ménisque biconvexe. C'est cette cavité *intercellulaire* qui est destinée à recevoir le *disque tactile* décrit par M. Ranvier, disque qui constitue la terminaison du nerf.

La cavité du disque tactile n'est point limitée seulement par le protoplasma des cellules globuleuses qui forment la charpente du corpuscule du tact. Lorsqu'une coupe a été effectuée de telle façon que la cellule supérieure ou inférieure ait été détachée de sa similaire, comme le couvercle d'une boîte que l'on aurait enlevé, la cavité du disque tactile apparaît à découvert, au

centre de la cellule restée en place, comme une légère fossette allongée à la façon d'une amande. En atteignant la ligne d'interstice, la fibre à myéline finit par un étranglement annulaire. La myéline cesse d'exister, et le cylindre d'axe devenu libre s'insinue entre les deux cellules de charpente, gagne la cavité en forme de fossette interceptée entre les plans de contact de ces dernières, et, se moulant sur cette fossette olivaire, il s'épanouit pour former le *disque tactile*. Ce disque, formé par la substance du cylindre d'axe, est de forme lenticulaire ; il se termine par une pointe très fine, de façon qu'il semble parfois traverser la cavité du corpuscule bord pour bord. A son entrée dans la cavité centrale, ce cylindre d'axe est strié longitudinalement. En s'épanouissant, il prend une apparence granuleuse ; mais je n'ai pu savoir si chacune des granulations répond à la terminaison d'une des fibrilles composant par leur union le filament axile tout entier.

Le tube nerveux était accompagné d'une minime gaine lamelleuse au moment où il a abordé le corpuscule du tact. A partir du point où le cylindre d'axe pénètre dans le corpuscule, la gaine lamelleuse s'écarte de chaque côté et va former l'enveloppe également lamelleuse qui entoure, circonscrit et protège les cellules qui forment la charpente de l'appareil terminal.

On voit que, contrairement à l'assertion de Merkel, ce n'est point à l'intérieur d'un corps cellulaire, mais dans l'intervalle de deux cellules relativement solides et disposées sous forme de pièces de charpente que s'effectue la terminaison sensitive.

D'un autre côté la charpente du corpuscule du tact est formée d'après un type non pas identique, mais analogue à celui de la notocorde. Le tissu connectif fibreux d'une part, des cellules globuleuses et délicates de l'autre, concourent à sa formation. Le disque tactile est pris de la sorte, pour ainsi dire, entre les deux mors d'une pince, et chaque action extérieure agissant sur le système entier se transmettra sans forme d'ébranlement à l'extrémité cylindre-axile, de façon que cette dernière soit véritablement soumise à une excitation mécanique résultant de la simple action des pressions et des contacts.

M. Ranvier a donné la formule de la composition des corpuscules du tact du bec et de la langue des oiseaux. Cette formule est

facile à comprendre. Considérons un corpuscule du tact simple: il est composé de deux cellules de charpente renfermant le disque tactile dans leur interligne de contact. Il y a donc un disque tactile pour chaque interligne, formé par l'union de deux cellules. Supposons trois cellules de charpente superposées, elles interceperont entre elles deux interlignes de contact qui recevront deux disques tactiles. Dans un corpuscule composé, le nombre des terminaisons sensitives sous forme de lames ou disques tactiles sera donc égal au nombre des cellules, diminué d'une unité. Il reste peu de chose à dire relativement à la constitution du corpuscule composé. Généralement, chez le canard domestique, le nombre des cellules de charpente superposées est rarement supérieur à quatre ou cinq. Dans un organe ainsi formé, on voit donc trois ou quatre disques tactiles le plus ordinairement émanés d'une seule fibre à myéline qui fournit sur l'un des côtés du corpuscule une série de branches pour ainsi dire décurrentes qui gagnent chacune leur interstice de contact pour s'y terminer au sein de la fossette médiane. Tout le système est enveloppé d'une gaine lamelleuse qui l'entoure et qui, à quelques différences près, se comporte fondamentalement comme la gaine lamelleuse qui environne le corpuscule simple, c'est-à-dire formé de deux cellules de charpente. Nous donnerons à chaque ensemble de cellules enveloppées par une même gaine lamelleuse et commandées par une même fibre à myéline le nom de *segment tactile*. Si nous appliquons cette définition au corpuscule du tact de la langue et du bec du canard, nous voyons que ces corpuscules sont dans la grande majorité des cas composés d'un seul segment. Ce sont des corpuscules du tact *unsegmentaires*.

La description que nous venons de faire est absolument en désaccord avec celle donnée par Merkel dans son dernier travail. Cet auteur, en effet, admet que c'est dans l'intérieur même du protoplasma de chacune des cellules que nous avons décrites sous le nom de cellules de charpente que se fait la terminaison cylindre-axile. Il existe pour lui des corps du tact composés d'une seule cellule, corps que je n'ai jamais retrouvés sur plus de cinquante préparations que j'ai faites dans ce but. Pour Merkel, en un mot, cette terminaison est *intracellulaire*. Pour M. Ran-

vier, au contraire, et pour tous les histologistes qui suivront exactement ses méthodes, la terminaison nerveuse est toujours *intercellulaire*. Bien plus, je rappellerai qu'il est facile de montrer que la cavité tactile entourant le disque terminal est séparée des éléments de la charpente par une couche de cellules plates qui constituent une ligne parfaitement nette de démarcation. Nous allons rechercher maintenant dans les autres organes du tact si cette terminaison intercellulaire se poursuit et devient la règle.

Corpuscules du tact de la peau de l'homme et des mammifères : Corps de Meissner. Les corpuscules de Meissner sont des organes très-différenciés du tact. Ils existent chez l'homme et chez les animaux supérieurs dans les points de la peau qui se sont spécialisés pour devenir le siège du *toucher* proprement dit. C'est pourquoi, chez l'homme, on les rencontre en grand nombre au niveau de la pulpe des doigts et des orteils et dans les papilles très-analogues existant dans la queue prenante des Atèles (Jobert). Cette queue prenante est, du reste, pour l'animal précité, comme une main supplémentaire ; il s'en sert avec une grande adresse dans l'exploration et la palpation des corps extérieurs et pour la préhension des aliments. Tous ces corps affectés au toucher n'existent d'ailleurs que dans les portions glabres de la peau. Lorsque le tégument se recouvre de poils, il peut renfermer des organes spéciaux du toucher, mais ces derniers sont construits sur un type tout différent de celui que nous allons décrire.

Nous allons prendre pour objet d'étude la peau de la pulpe de l'index ou du médius de l'homme. Elle est enlevée (sur un doigt amputé, par exemple, divisée à l'aide du rasoir en petits carrés de 5 millimètres de côté ; chacun de ces carrés de peau encore vivante est immergé séparément dans quelques centimètres cubes d'une solution d'acide osmique à 1 0/0. Au bout de vingt-quatre heures, chaque fragment de peau est devenu noir comme du charbon. Il est en même temps devenu assez dur pour qu'on y puisse pratiquer des coupes. Si le durcissement n'est pas suffisant, l'on peut sans inconvénient l'achever par l'action successive de la gomme et de l'alcool, effectuée, bien entendu, après un lavage convenable de la pièce par l'eau distillée. Je me suis

assuré par des examens comparatifs que les éléments fixés vivants dans leur forme par l'osmium ne sont nullement modifiés par la manipulation dont la description précède. Il convient de pratiquer perpendiculairement à la surface de la peau une série de coupes d'une minceur extrême que l'on peut colorer ensuite soit par l'hématoxyline, soit par la purpurine, soit enfin par l'action combinée d'une de ces deux substances et de l'éosine-primerose. Les coupes sont ensuite montées dans la glycérine salée et montrent les détails suivants.

On peut constater de prime abord que la division, indiquée par quelques auteurs, des papilles dermiques, en *vasculaires* et *nerveuses* n'a nullement sa raison d'être. C'est d'ailleurs là un point sur lequel Thin a déjà antérieurement insisté. Les anses vasculaires, disposées en bouquets dont le grand axe est perpendiculaire à la surface de la peau, montent dans l'intérieur de la papille, accompagnées de bandes de tissu connectif qui suivent leur direction axiale. Il existe un grand nombre de papilles qui ne renferment rien autre chose qu'un bouquet vasculaire plus ou moins volumineux. Mais il en est d'autres qui sont véritablement *névro-vasculaires*. Dans ces dernières, le corpuscule du tact occupe une région, le bouquet vasculaire une autre; vaisseaux et nerfs sont placés dans l'aire de section d'un même arc papillaire. Considérons maintenant un corpuscule du tact en particulier.

Il a la forme générale d'une olive, et peut-être, ainsi que l'a indiqué, le premier, Thin, constitué par l'union de plusieurs segments le plus souvent superposés (fig. 13, p. 209). Chaque segment répond à la distribution d'une fibre nerveuse à myéline. Il est entouré de bandes de tissu fibreux disposé d'une manière générale comme l'enveloppe fibreuse des corpuscules du tact uni-segmentaires du bec des oiseaux. Le plus ordinairement, chaque corpuscule est immédiatement adjacent, par son extrémité la plus élevée, à la limite hyaline qui constitue le bord festonné du derme. L'organe du tact est donc à la fois toujours contenu dans l'épaisseur du mésoderme, tout en étant rapproché jusqu'au contact de la couche ectodermique qui recouvre ce dernier. Contrairement à l'assertion de Jobert, les corpuscules ne sont jamais plongés dans le corps de Malpighi lui-même. Leur grand axe est toujours dirigé perpendiculairement à la surface du derme; nous allons étudier tout d'abord un corpuscule

formé d'un seul segment ou *uni-segmentaire*; nous décrirons ensuite les corpuscules composés de segments superposés, ou corpuscules *multisegmentaires*.

Sur des préparations traitées par l'osmium et soumises ensuite à la double coloration par l'hématoxyline de l'éosine-primérose, le tissu fibreux est coloré en jaune bistre, les nerfs à myéline en noir d'encre de Chine, les cylindres d'axe et les disques termi-

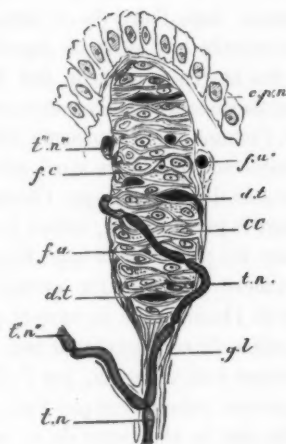


FIG. 13. Corpuscule du tact de l'index de l'homme (La coupe passe par son axe vertical).
cp.n, cellules prismatiques du corps de Malpighi; — tn, tube nerveux à moelle t', n', t'', n''' n'',
ses tours de spire diversement coupés; — fa, filaments axiles nus; dt, disques tactiles; —
cc, cellules de charpente; — gl, gaine lamelleuse.

naux en brun foncé, les noyaux en violet et les fibres élastiques en rose vif. On peut donc reconnaître et suivre ces divers éléments mêlés au sein d'un organe complexe.

La charpente du corpuscule du tact est constituée par une série de loges empilées les unes sur les autres et disposées à la façon des lames concaténées d'un gâteau feuilleté. Ces lames émanent du tissu fibreux qui forme l'enveloppe générale du segment tactile. Nous avons vu que les faisceaux fibreux dont nous venons de

parler montent en suivant latéralement le corpuscule du tact pour se réfléchir à sa partie supérieure. A la base du corpuscule, les bandes de tissu fibreux, venues de la profondeur de la masse dermique de la papille, s'écartent au contraire en une sorte de cupule concave en dehors, et analogue à la cupule tendineuse au niveau de l'extrémité d'un faisceau musculaire primitif. Au fur et à mesure qu'elle monte le long du corpuscule, l'enveloppe fibreuse envoie latéralement une série de lames délicates formées de faisceaux connectifs très grêles et très denses, et qui traversent le corps du segment en se coupant, dans l'aire de ce dernier, fréquemment à angles aigus. Il en résulte une série de loges aplaties disposées les unes au-dessus des autres à la façon des feuillets d'un livre. Ainsi s'explique l'apparence irrégulièrement striée qu'offre, dans le sens transversal, l'image d'un corpuscule du tact observé dans son entier. Dans l'intérieur des loges ainsi produites, on voit des corps cellulaires formés d'un noyau que l'hématoxyline colore en violet intense et dont le protoplasma, réduit à une mince lamelle, paraît s'appliquer sur les parois de la loge fibreuse, mais ne remplit point cette dernière d'une masse grenue. Les cellules des corpuscules du tact de l'homme me paraissent pour cette raison un peu différentes de celles du corpuscule du tact de la langue et du bec du canard. Lorsque l'on a obtenu, par l'effet du hasard, une coupe très mince passant exactement par l'axe d'un segment tactile, on voit en effet que la charpente de ce segment est formée par un véritable stroma fenêtré. L'aspect fenêtré est dû à ce que l'on ne voit, dans une pareille préparation, que le profil de toutes les loges fibreuses superposées. Or si, dans l'une de ces sections de loge, on considère un noyau, on le voit séparé des fibres connectives par un espace vide, et adhérent seulement au bord sur un point par une masse minime de protoplasma qui s'étale ensuite en mourant sur la paroi. Il serait difficile de dire par quoi est occupé, pendant la vie, l'espace vide qui contient à son centre chacune des loges précitées. Pas plus ici que dans la corde dorsale de la lamproie, l'osmium ne détermine, dans l'aire des loges interceptées par les lamelles fibreuses, aucune coagulation que l'on puisse rapporter à des substances albuminoïdes ou à du protoplasma. Je ne voudrais pas cependant dire ici catégoriquement que le stroma d'un segment tactile est formé par une sorte de noto-

corde en miniature, mais je ferai remarquer que, d'après mes recherches, il existe néanmoins une certaine analogie entre les deux productions.

Ainsi le stroma connectif est disposé à la façon d'une pièce de charpente; sur les préparations, la striation transversale entrecoupée que présente la surface du segment tactile est donnée par la coupe optique des lames fibreuses superposées qui forment des loges. Les noyaux transversaux sont ceux des cellules disposées au sein des loges elles-mêmes, mais qui ne les remplissent pas complètement. C'est Langerhans qui le premier appela l'attention sur cette question (*Arch. für Mikrosk. Anat.*, p. 726, 1873). Contrairement à l'assertion de Rouget, de Krause et de quelques autres histologistes, il fit voir que le centre du corpuscule du tact est plein, et non pas occupé par une substance granuleuse molle. D'après Langerhans, la masse du segment tactile serait formée par des cellules plates analogues à celles du tissu connectif, et disposées en piles à la façon d'une série de coins superposés. Mais Langerhans, de même que Meissner et beaucoup d'autres, considéra les éléments fibrillaires, qui constituent la paroi même des loges, comme n'étant autre chose que des filaments nerveux très fins, pelotonnés, ramifiés, intercalés de diverses manières entre les éléments cellulaires composant le stroma du corpuscule du tact. Je ne saurais trop m'élever contre une pareille conception. Elle repose d'abord sur une observation incomplète; il est facile de démontrer que les faisceaux fibreux qui forment un segment transversal sont des émanations des faisceaux fibreux qui forment au segment tactile une enveloppe discontinue. Le mode de terminaison des nerfs est tout autre, et, comme l'indiquait très-sommairement mon maître M. Ranvier, dans sa note à l'Académie des sciences, il est très analogue à celui qu'il a décrit dans les corpuscules du tact de la langue et du bec du canard.

Le corpuscule du tact unisegmentaire est abordé par la fibre nerveuse à moelle de la façon suivante : Le tube nerveux présente des segments interannulaires courts. Il est entouré et suivi dans son trajet par des faisceaux fibreux ascendants comme lui, et qui rejoignent l'enveloppe fibreuse du corpuscule. Après avoir cheminé pendant un certain temps le long de cette dernière, la fibre nerveuse, appliquée sur la masse du corpuscule et à sa sur-

face, décrit plusieurs tours de spire, puis la myéline cesse d'exister au niveau de la fin d'un étranglement annulaire, et le cylindre d'axe, devenu libre, forme une véritable arborisation terminale. Chaque branche de cette dernière finit par un renflement en figure de bec de cautère olivaire, ou s'aplatit pour former une sorte de disque tactile.

Si l'on observe un corpuscule du tact dans son entier après l'action de l'acide osmique, on voit monter autour de lui la fibre à myéline, et se terminer cette dernière substance d'une manière nette et précise. On voit ensuite partir de la fibre nerveuse les ramifications cylindre-axiles, puis obscurément se montrer des disques tactiles terminaux, tous ou presque tous dirigés en travers. Mais ici plusieurs questions se présentent. Les terminaisons se font-elles simplement à la surface du segment tactile? ou dans les cellules qui forment la charpente de ces dernières? ou enfin dans les intervalles des éléments cellulaires?

Sur les coupes très minces, la continuité générale des branches de la terminaison nerveuse ne peut plus être suivie, mais on voit, sectionnées longitudinalement, obliquement, ou normalement à leur direction axiale, les fibres nerveuses minuscules colorées en brun sombre et se terminant par des renflements. Ceux-ci sont le plus souvent aplatis en forme de feuilles, et présentent une ponctuation granuleuse. Les disques tactiles terminaux sont contenus dans l'intervalle des loges superposées. Je ne les ai pas, en effet, vu se terminer dans des cavités munies d'une cellule et d'un noyau. Le filament, très grêle et coloré en brun par l'osmium, s'insinue dans des trajets limités par l'écartement des lames fibreuses qui forment le stroma du segment tactile. Ces trajets s'élargissent en forme de petites cavités biconvexes au sein desquelles le disque terminal est contenu; ce disque ne m'a pas paru remplir l'espace tout entier. Tous les disques terminaux sont en rapport avec un filament cylindre-axile. Tous ont une direction transversale. Je n'en ai pas vu s'orienter dans le sens axial du segment. Il résulte de là que, sur une même coupe, chacun d'eux, s'il est coupé parallèlement à son trajet, se montre comme un mince ménisque biconvexe dont la tête et la queue sont dirigées horizontalement par rapport à l'axe du segment. Quand les mêmes disques sont coupés perpendiculairement à leur axe, leur section se montre sous

forme d'une ellipse légèrement allongée transversalement. La fossette qui les contient est limitée par des fibres très fines et résistantes. La voûte de la fossette est formée par des fibres appartenant à la lamelle de charpente située au-dessus du disque; le plancher concave de cette même fossette est constitué par les fibres de la lamelle cloisonnante qui est au-dessous. La voûte et le plancher se rejoignent de chaque côté du disque tactile pour s'écarter ensuite de nouveau et concourir de la sorte, dans leur trajet ultérieur, à la constitution de la charpente fibreuse du segment tactile.

Les observations que nous venons de faire montrent que la terminaison des nerfs sensitifs dans les corpuscules du tact s'effectue par des prolongements olivaires ou discoides qui s'insinuent entre les loges de la charpente connective du segment tactile sans affecter de rapports immédiats avec le protoplasma des cellules contenues dans chacune des loges précitées. Dans sa note à l'Institut, M. Ranvier, sans entrer dans plus de détails, avait affirmé que les corpuscules du tact de l'homme et des mammifères étaient constitués sur le même type fondamental que ceux du bec et de la langue du canard. Je suis entièrement du même avis, et, à cela près que la charpente connective d'un segment tactile de la pulpe des doigts de l'homme est beaucoup plus compliquée que celle d'un corpuscule du bec des oiseaux, la terminaison se fait par un mode analogue, c'est-à-dire qu'elle est *intercellulaire*, on pourrait même dire *interloculaire*. L'opinion de Merkel (*Archiv. für Mikrosk. Anat.*, XI, 1873, page 644), qui prétend que le cylindre d'axe se perd dans la masse protoplasmique des cellules de charpente, ne saurait donc être soutenue plus longtemps. Je ferai remarquer ici que le même auteur assimile les éléments cellulaires qui nous occupent à ceux du cartilage. Cette assertion m'a paru aussi peu justifiée que la précédente. Quant à l'opinion de Krause, de Rouget, de Meissner, qui font terminer le cylindre d'axe dans une masse centrale semi-liquide, elle n'est nullement justifiée par les faits. Ce n'est pas à dire qu'il ne reste pas un certain nombre de points obscurs dans la question. Je n'ai pu notamment savoir si la gaine de Schwann se poursuit sur les ramifications, cylindre-axiles et sur les expansions discoides qui les terminent. Mais un fait certain, c'est que

l'expansion sensitive terminale est prise ici, comme dans les corpuscules de la muqueuse buccale du canard, entre des pièces solides qui, sous l'action des contacts extérieurs, sont disposées pour l'impressionner mécaniquement.

La description des corpuscules du tact multisegmentaires se comprend maintenant pour ainsi dire d'elle-même. Les segments sont superposés les uns au-dessus des autres. Le corpuscule composé prend alors l'aspect d'un fuseau formé de tronçons successifs. L'enveloppe générale de tissu fibreux s'insinue entre les segments et d'autre part environne l'ensemble du corpuscule. Il ne s'agit pas ici d'une véritable membrane capsulaire, mais bien d'une sorte de cage formée par des faisceaux fibreux adjacents entre eux. Chaque segment reçoit une fibre à myéline distincte qui se distribue dans sa masse. Souvent, dans un corpuscule composé de trois segments, un seul tube à myéline arrive à la partie inférieure et se termine par un étranglement annulaire d'où partent trois fibres à myéline filles qui prennent à ce niveau l'aspect d'un bouquet nerveux préterminal. Les fibres destinées aux segments successifs cheminent dans l'enveloppe fibreuse et souvent même passent dans les plans fibreux qui séparent les segments superposés. Elles ne donnent communément point lieu sur leur trajet à de nouvelles branches de bifurcation. Chaque segment semble donc jouir par rapport aux autres d'une certaine autonomie.

Telle est la constitution morphologique des corpuscules de Meissner. Je n'étudierai pas ici leur distribution dans les divers points de la peau, ni leur répartition dans les papilles. Une pareille recherche rentre d'ailleurs dans le cadre de l'anatomie descriptive. Mais je dois actuellement décrire sommairement des appareils terminaux un peu plus simples, signalés pour la première fois par Krause sur certaines muqueuses appartenant embryologiquement à la peau; je veux parler de la muqueuse des lèvres et surtout de la conjonctive. C'est en 1839 que Krause fit paraître ses premières études sur ce sujet. Ses conclusions, combattues par Julius Arnold et plus récemment par Waldeyer, furent acceptées au contraire par Kölliker, Rouget, Frey, Ciaccio, et enfin par mon excellent ami M. Poncet (de Cluny), qui fit paraître en 1875 (*Recueil des travaux du laboratoire d'histologie du collège de France*, pour l'année 1875, page 163, 179), un mémoire

intéressant auquel j'emprunterai les détails qui vont suivre, car je n'ai pas moi-même repris la question.

Immédiatement après la mort, on pratique près du bord cornéen, à la partie supérieure et externe de ce dernier, une injection interstitielle d'acide osmique à 1 pour 1000 dans la conjonctive. Il en résulte un chémosis artificiel qui démontre la pénétration du liquide en avant de la sclérotique; quelques gouttes de la solution sont versées entre les paupières qui sont soigneusement refermées; puis le tout est laissé en place pendant douze heures environ. Au bout de ce temps le bulbe oculaire est enlevé, la conjonctive est détachée à l'aide de ciseaux fins, puis tendue sur une lame de liège, colorée pendant vingt-quatre heures par la purpurine, et enfin montée dans le baume du Canada à la manière ordinaire. Quand ce mode de préparation est bien exécuté, aucune fibre nerveuse à myéline, si mince qu'elle soit, n'est déchirée ni rompue. Les corpuscules terminaux (*Endkolben*, de Krause) ne se rencontrent pas dans toute la conjonctive; ils sont surtout accumulés sur le côté supérieur et externe de cette membrane (Ciaccio). Cette localisation correspond au territoire de la branche lacrymale. Ils sont disposés à l'extrémité d'une ou deux fibres nerveuses à myéline qui se branchent plus ou moins fréquemment en Y avant de les atteindre. Ils se montrent alors disposés comme des grains de raisins sur la grappe qui les supporte.

« Dans sa plus simple structure, le corpuscule est ainsi constitué : une fibre nerveuse unique, à double contour, noircie par l'acide osmique, se détache d'un gros tronc; elle peut alors compter jusqu'à vingt étranglements annulaires avant de former son corpuscule; parcours assurément considérable pour une fibre réduite à ce diamètre. Elle s'enroule alors en un peloton inextricable; la fibre reste noire et reconnaissable sur de petites longueurs. Mais alors elle se présente soit de champ soit en raccourci, offrant l'aspect d'une section circulaire. Elle traverse ensuite le corpuscule en décrivant des anses obliques mais non concentriques, ni contenues dans un même plan. L'absence de toute disposition régulière ou parallèle fait perdre aisément son chemin, et il nous a toujours paru impossible chez l'homme de saisir le point exact où la myéline cesse. » (F. Poncet, *loc. cit.*, page 172.)

La masse du corpuscule tactile est, d'après M. Poncet, formée d'une substance granuleuse renfermant de gros noyaux que l'osmium colore en brun et la purpurine faiblement en rose. Quelques-uns d'entre eux paraissent reliés les uns aux autres par un « mince tissu membraneux. » Cette description montre qu'il est actuellement nécessaire de reprendre la question à deux points de vue : 1^o relativement à la constitution de la masse du corpuscule il serait intéressant de savoir s'il s'agit ici d'un tissu de charpente analogue à celui des corpuscules du tact du bec du canard ; 2^o la terminaison des fibres nerveuses n'a pas été suivie ; l'on n'a vu que l'empelotonnement plus ou moins compliqué des fibres à myéline autour du bulbe terminal. Mais ce qui est intéressant ici, c'est que M. Poncet a pu déterminer par l'expérience que les petits organes que nous venons de mentionner, sont bien véritablement destinés aux fonctions tactiles. « Avec la pointe d'un crayon peu aigu, si vous appuyez légèrement, l'œil étant fermé, sur la peau des paupières, vous aurez suivant la région des sensations très différentes. Nous ne parlons pas des phosphènes ; mais au côté interne et supérieur, par exemple, vous rapprocherez aisément sans douleur la pointe du crayon de la conjonctive, tandis qu'en arrivant, au contraire, en haut et en dehors, la pointe produit une sensation très pénible comme si un gravier pénétrait sous la paupière. L'œil se retire involontairement pour fuir le contact, bien toléré au contraire en dedans. Si l'expérience est répétée au côté externe, les larmes ne tardent pas à se montrer. » (Poncet, *loc. cit.*, page 178.)

Ainsi la conjonctive n'est douée d'une exquise sensibilité que là même où existent accumulés les corpuscules de Krause. Ce point d'accumulation est situé sur le côté externe et supérieur de l'orbite le plus exposé aux chocs extérieurs. La conjonctive est à ce niveau pourvue d'appareils qui perfectionnent sa sensibilité et qui permettent par là même, en rendant perceptibles les moindres atteintes, de prévoir et de fuir les traumatismes. Le moindre contact sur ce point fait en effet naître un réflexe qui rejette la tête en arrière. Si l'action extérieure persiste, si un corps étranger pénètre entre les paupières, les petits organes du tact, semés sur les branches terminales du nerf lacrymal, déterminent par voie réflexe un abondant départ de larmes destinées à favoriser l'expul-

sion du corps irritant. Cette disposition nous instruit sur les conditions de développement de la sensibilité tactile, et sur son adaptation aux fonctions spéciales de certaines régions du tégu-

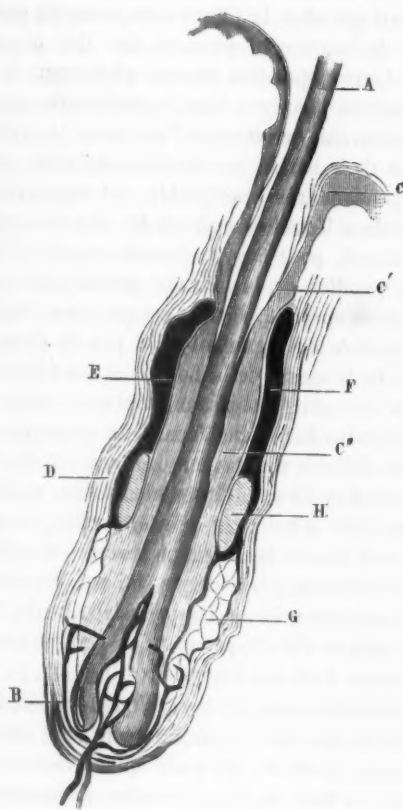


FIG. 11. Poil tactile du rat (Chambre claire).

A, tige; — B, Bulbe; — C, C', C'', couche de Malpighi; — E, limitante externe; — F, sinus sanguin; — G, tissu muqueux; — H, Bourrelet annulaire ou anneau tactile.

ment. L'expérience de M. Poncet est aussi l'une de celles qui démontrent de la façon la plus élégante l'influence des corpuscules placés à la périphérie des nerfs sensitifs sur le perfectionne-

ment, l'adaptation et la différenciation de la sensibilité tactile générale à des fonctions spécialisées.

Nous allons maintenant étudier des organes tout différents qui n'existent point à l'état de développement complet chez l'homme, il est vrai, mais qui chez la plupart des animaux sont les principaux organes du toucher proprement dit. Ces organes sont les poils tactiles. Leur disposition montre pleinement le rôle important que jouent les phanères dans la production des impressions sensibles. Chacun sait que lorsque l'on touche légèrement les poils des cheveux ou de la barbe, une impression tactile, obscure, il est vrai, mais cependant très appréciable, est régulièrement perçue. Le sens même dans lequel on agit sur les cheveux, en les relevant ou en les abaissant, peut être facilement apprécié chez l'homme. Cependant les papilles de la base de pareils poils ne présentent aucune disposition spéciale. Il n'en est pas ainsi chez les animaux dont toute la surface du tégument est à peu de chose près recouverte de poils. De la masse de la bourre et des soies s'élèvent, sur certains points des poils colossaux implantés dans le tégument d'une manière particulière dans l'épaisseur du derme, et qui sont des agents très délicats du *toucher proprement dit*. Tels sont les poils des moustaches du rat, de tous les félins, et d'une manière générale d'une série d'animaux divers. Parfois, au contraire, les poils tactiles sont courts, mais toujours roides et solides. Tels sont ceux du boutoir du porc, par exemple (Jobert). Nous allons prendre pour type de notre description les poils tactiles des lèvres du rat albinos et du cochon d'Inde, parce qu'on peut se procurer facilement ces animaux dans les laboratoires (fig. 14, p. 217).

Étude de la terminaison des nerfs dans les poils tactiles. Nous avons vu dans la dernière leçon comment sont constitués, dans leur conformation générale, les poils qui deviennent par adaptation des agents au tact. Il est nécessaire maintenant de décrire la façon dont ces phanères tactiles sont abordées par les nerfs, et comment ces derniers se terminent à leur niveau.

Les nerfs atteignent latéralement le sac fibreux du poil tactile, à peu près d'ordinaire au niveau du point où la papille, de sphérique qu'elle était, devient conique, ils perforent la gaine lamelleuse en se dirigeant obliquement à angle aigu par rapport à l'axe de la vibrisse. Ce sont de petits troncs fasciculés munis d'une

gaine lamelleuse complète et non des fibres à myéline isolées. Sur les coupes transversales, on les voit le plus souvent accolés à la paroi interne du sac fibreux qui limite le sinus sanguin, et entourés de toutes parts de tissu muqueux et de vaisseaux à parois munies de pointes. A ce niveau chaque nerf est constitué par trois ou quatre fascicules composés de quinze ou vingt fibres à myéline. La gaine lamelleuse de ces fascicules est très nettement marquée et l'on peut constater aisément qu'elle renferme à la fois des fibres à moelle et des fibres de Remak, détail sur lequel je crois devoir insister et que l'on peut aisément mettre en évidence en colorant les préparations, fixées par l'osmium, à l'aide d'une solution aqueuse d'éosine-primrose. A partir de son point de pénétration, le nerf s'élève dans le sac érectile en s'approchant graduellement du poil, qu'il atteint immédiatement au-dessous du bourrelet tactile annulaire. Il s'insinue alors entre ce dernier et la gaine limitante externe ou *gaine vitrée*. M. Ludwig Løwe (*Arch. de Max Schultze*, 1878, pag. 44 et suiv.) assure à tort qu'un peu au-dessous du milieu de la hauteur du bourrelet les tubes nerveux à myéline se terminent tous brusquement comme si le fascicule nerveux avait été coupé. J'ai constaté au contraire qu'un certain nombre de fibres à moelle continuent leur trajet, en rampant le long de la limitante jusqu'à une grande hauteur et très au delà des limites de l'anneau tactile externe; il est pourtant vrai de dire que la majorité d'entre elles se terminent dans cet organe particulier du tact.

Mais comment se fait cette terminaison? La question, traitée par un nombre considérable d'auteurs, a été résolue par eux si diversement qu'il faut conclure nécessairement ou que leurs méthodes ont été insuffisantes, ou que leurs objets d'étude étaient mal choisis, ou enfin que leurs observations étaient inexactes. Partant de cette idée, j'ai repris la question avec de nouvelles méthodes jusqu'à ce que je fusse arrivé à des préparations démonstratives et se pouvant reproduire régulièrement. Je crois avoir déterminé exactement certains points, d'autres restent obscurs, mais ce que j'ai constaté suffit, je crois, pour donner une idée du mode de terminaison des nerfs à myéline au sein des deux anneaux tactiles des vibrisses du rat et du cochon d'Inde. J'adopterai dans ma description la marche suivante: je vais exposer d'abord le mode de terminaison des nerfs, je ferai ensuite la revue des opinions

émises par les divers auteurs, je terminerai par la discussion de ces opinions et leur comparaison avec les résultats que j'ai moi-même obtenus, je proposerai enfin la théorie du tact à laquelle j'ai été amené par l'observation des faits.

J'ai déjà dit que la première condition pour bien observer la structure du bourrelet annulaire et de l'anneau tactile interne, situé en dedans de la gaine limitante ou vitrée, c'est de fixer exactement les parties dans leur forme alors qu'elles sont encore vivantes. Ainsi que le fait ordinairement mon maître M. Ranvier, j'ai employé dans ce but les injections interstitielles d'acide osmique à un pour cent faites dans la peau de la lèvre d'un rat chloroformé, c'est-à-dire dans des parties absolument vivantes et où le sang circule encore régulièrement. L'injection faite, un petit lambeau de la peau de la lèvre est enlevé et plongé dans la solution osmique à un pour cent pendant douze à quinze heures. Au bout de ce temps, on peut pratiquer des coupes. Je me suis assuré par des examens comparatifs que les éléments les plus délicats qui entrent dans la constitution du poil tactile, ainsi fixés dans leur forme, ne sont pas modifiés par l'emploi ultérieur de la gomme et de l'alcool. On peut donc au bout de quinze heures retirer le lambeau de la solution osmique, le laver, et achever le durcissement. L'on arrive dès lors à pratiquer des coupes d'une minceur extrême et dans toutes les directions; le trajet des nerfs à myéline est très aisément reconnaissable, ils sont teints en noir d'encre de Chine; les vaisseaux et les sinus sanguins sont gorgés de sang et comme injectés naturellement, leur disposition au sein de l'organe érectile peut donc être facilement suivie.

L'action de l'osmium empêche la plupart des colorations de s'effectuer, excepté celle de l'éosine-primerose. C'est pourquoi j'ai employé soit ce dernier réactif, soit le chlorure d'or à un pour cent; je n'insisterai pas sur cette dernière méthode qui ne m'a du reste servi que pour déterminer certains points de détail. Après l'action de l'éosine les préparations sont examinées dans l'eau ou dans la glycérine salée à un pour cent. Dans ces conditions, qu'il est facile à chacun de reproduire, l'on peut constater les particularités suivantes (fig. 13, p. 221).

Les fascicules nerveux, en atteignant l'anneau tactile externe, s'insinuent entre ce dernier et la gaine vitrée. A ce moment ils se

branchent fréquemment en Y et donnent naissance à une arborisation préterminale. Cette arborisation s'épanouit dans tout le pourtour de l'anneau tactile à la façon d'une ombelle ou d'un bouquet. Les tubes nerveux à moelle ont des segments interannulaires courts qui marchent dans les intervalles interceptés par les cloisons qui séparent les éléments cellulaires globuleux du disque tactile. Aussi,



FIG. 15. Coupe longitudinale du poil tactile au niveau du bourrelet annulaire.
A, bourrelet annulaire : — B, gaine lamelleuse ; C, limitante externe ; — D, Cellules prismatiques de l'anneau tactile interne ; — M, tissu muqueux et ses capillaires ; — S, sinus sanguin.
— S', S'', capillaires gorges de sang ; — N, N', tubes nerveux à moelle.

sur une coupe transversale perpendiculaire à l'axe du poil, on voit, tout autour de la ligne claire dessinée par la gaine vitrée, et concentriquement à cette dernière, une véritable couronne annulaire de fibres à moelle sectionnées transversalement ou sous une inci-

dence légèrement oblique. Vers le milieu de la hauteur de l'anneau tactile externe, les fibres à direction oblique deviennent plus nombreuses, certaines sont même tout à fait horizontales. Sur une coupe épaisse, on en voit ramper un certain nombre à la surface de la gaine vitrée. Enfin, l'on voit nettement se terminer quelques tubes nerveux de la manière suivante.

Après avoir pris une direction oblique, la fibre à myéline, qui s'insinue dans les intervalles laissés par les cloisons des cellules du bourrelet annulaire, présente des étranglements de plus en plus courts. Elle est entourée par une gaine formée par le tissu connectif délicat des cloisons du bourrelet tactile. A un certain point de son parcours, on voit la myéline cesser brusquement; la gaine médullaire se termine ordinairement par deux extrémités effilées répondant à la fin d'un segment de Lantermann. Je n'ai pas observé nettement de repli en forme de bourse; la même disposition existe d'ailleurs, comme on le verra plus loin, dans les corpuscules de Pacini. A partir de ce point, le cylindre d'axe, coloré par l'osmium en gris pâle, suit un trajet plus ou moins long, restant toujours contenu dans l'interstice des loges cellulaires du bourrelet tactile. On voit enfin se former une petite cavité de dimension un peu inférieure à celle des loges cellulaires. Le cylindre d'axe pénètre dans cette cavité, au sein de laquelle n'existent ni noyau, ni corps cellulaire, tandis que les loges voisines sont chacune remplies d'une masse protoplasmique colorée en rose par l'éosine et renfermant un noyau teint en rouge vif. Le filament axile se renfle en un *bulbe terminal* très nettement strié à sa surface et montrant, lors que l'on fait varier l'objectif, une ponctuation délicate. Un premier point qui résulte de cette observation c'est que, contrairement à l'assertion de Merkel (*Arch. de Max Schultze*, t. XI, 1873, p. 644), les nerfs du poil tactile se terminent, non dans la masse protoplasmique des cellules du bourrelet annulaire, mais dans l'intervalle de ces dernières. Autrement dit, ici comme dans les autres appareils tactiles étudiés jusqu'à présent, *la terminaison nerveuse est intercellulaire et non intracellulaire.*

Les nerfs à myéline adjacents à la gaine vitrée ne se terminent pas tous à l'intérieur de celle-ci, c'est-à-dire dans le bourrelet tactile externe. Certains se recourbent en dedans, et leur

gaine de myéline cesse au moment où ils atteignent la limitante. Le cylindre d'axe se dégage alors et perfore seul la gaine vitrée, puis pénètre dans l'*intervalle* des cellules ovoïdes, claires, et à gros noyau, qui doublent en dedans la gaine vitrée et forment une sorte de zone annulaire tactile interne, concentrique au bourrelet annulaire tactile externe.

C'est dans ces cellules que Merkel a prétendu reconnaître la terminaison du cylindre d'axe. J'ai constaté positivement qu'il s'insinue simplement entre elles; son trajet est d'ailleurs court, et c'est au voisinage immédiat de la limitante externe qu'il se termine entre les cellules sans présenter de renflement appréciable. Il s'agit ici d'une simple tige terminale (fig. 16, p. 223).

Quant aux nerfs qui longent la limitante externe au delà des limites de bourrelet annulaire (qui du reste s'effile en haut comme

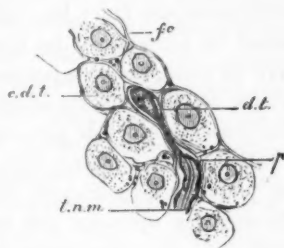


FIG. 16. Terminaison des nerfs dans l'anneau tactile externe.
t. n. m., tube nerveux à myéline; — p, sa terminaison; — d. t., disque tactile; — c. d. t., cellules de l'anneau tactile; — f. e., fibrilles de charpente.

en mourant et recouvre les nerfs décourants de ses gros éléments cellulaires, réduits à une seule couche, pendant longtemps encore), je n'ai pu voir jusqu'ici quelle était leur terminaison exacte.

J'ai montré que les fascicules nerveux, examinés à l'intérieur du sinus sanguin, renfermaient un certain nombre de fibres de Remak; comment s'effectue la distribution ultérieure de ces fibres et comment se fait leur terminaison? Il m'a été absolument impossible jusqu'ici de le déterminer. Je dois même ici signaler une cause d'erreur qui n'a pas été évitée par certains histologistes ainsi qu'on le verra tout à l'heure. Dans les préparations fixées par l'alcool, le bourrelet annulaire paraît rétracté et très finement strié.

Lorsque l'on a employé l'acide osmique, l'on reconnaît que ces stries appartiennent aux filaments délicats du tissu connectif qui forment par leur réunion les cloisons intercellulaires du bourrelet tactile annulaire, et, surtout lorsqu'après l'osmium, l'on a fait agir le chlorure d'or à 1 pour 100 pendant dix minutes, et que l'on examine la préparation dans la glycérine formique à 1 pour 1,000. Au bout de quelques jours on a la preuve que tous les filaments qui sillonnent les espaces intercellulaires du disque tactile sont bien d'origine connective. Ils sont teints en violet bleuâtre tandis que les cylindres d'axe le sont en rose, et on les voit partir de la gaine lamelleuse des troncles nerveux dont ils sont pour ainsi dire l'épanouissement. Ainsi, la limitante externe, d'une part, la gaine lamelleuse de l'autre, concourent à former la charpente de l'anneau tactile externe. Mais il faut se garder de considérer avec Schöbl (*Vortrag in der Bohmischen Gesellschaft*, 19 avril 1872) les nombreux filaments intercalés entre les cellules de charpente du disque tactile comme un pinceau ou un bouquet de fibres de Remak; l'on ne trouve du reste, accolé à ces filaments, aucun des noyaux que nous avons décrits dans des arborisations cylindre-axiles nues, et dont la présence est pour ainsi dire caractéristique.

Les dispositions relativement simples dont l'exposé précède étant connues, nous pouvons actuellement aborder l'histoire de la question et discuter les opinions des auteurs. Tous sont d'accord sur l'existence et le trajet des troncs nerveux qui atteignent le bourrelet annulaire; presque tous au contraire sont divisés sur le mode de terminaison. L'on pensa d'abord que cette terminaison était plexiforme, et Burkhard notamment soutint cette thèse. Leydig décrivit simplement un anneau nerveux, formé par les fibres à myéline épanouies et disposées en collier ou en couronne autour de la tige du poil, cet anneau nerveux existe réellement, nous l'avons vu, mais il ne constitue pas le véritable mode de terminaison des nerfs, c'est là au contraire une disposition préterminale.

Odenius est allé plus loin, et il a constaté un fait exact, c'est à savoir, que les fibres nerveuses perdent leur myéline pour devenir fines et brillantes et qu'elles paraissent pénétrer dans une substance munie de noyaux ronds, volumineux, pour se terminer ensuite par un renflement ovoïde d'apparence finement granulée.

Mais la structure du disque tactile a complètement échappé à cet auteur. Il n'a vu ni les corps cellulaires, ni les cloisons inter-cellulaires qui donnent à cette importante pièce de charpente son aspect typique.

Il serait difficile de discuter dans les détails les travaux de l'histologiste qui, après Odenius, s'est occupé de la question de la terminaison des nerfs dans les poils tactiles. Schöbl, en effet, dans ses nombreux mémoires, a toujours produit des assertions démenties par lui-même dans le travail suivant. Dans un premier mémoire (*Arch. de Schultze*, t. VII; *die Flughaut der Fledermause und die Endigung der nerven in derselben*) il décrit le bulbe même du poil tactile de l'aile des chauves-souris comme le siège de la terminaison ultime des fibres nerveuses. Ce bulbe renfermerait, dans l'épaisseur de la portion de la gaine vaginale répondant au corps de Malpighi, une multitude de renflements en forme de pomme de pin qui seraient le support des terminaisons nerveuses. Les histologistes qui se sont succédé, et parmi eux Stieda, Beil, Unna et Jobert, ont tous constaté l'inexactitude d'une pareille description. Schöbl admettait du reste, dans les poils tactiles déjà munis d'un appareil nerveux au niveau du bulbe, un second appareil nerveux au niveau du col; cet appareil n'était d'ailleurs pas différent pour lui de l'anneau nerveux décrit par Leydig; enfin, dans un deuxième travail (*Ueber die Nervendigungen an den Taastharen der Säugethiere*, etc., *Arch. f. mik. Anat.*, t. IX), il abandonnait l'idée de la nature nerveuse du bulbe pileux. Le même auteur, après avoir décrit dans un troisième et quatrième mémoire (*Arch. f. mik. Anat.* 1872; *Das aussere Ohr der Mause als Tastorgan* et *ibid.*, p. 295), un anneau nerveux entourant le col du poil au-dessous des glandes sébacées et formé de fibres pâles empelotonnées, a encore abandonné son opinion (*Vortrag in der Bohmischen Gesellschaft*, 19 avril 1872) et considère comme la terminaison des nerfs une fibrillation longitudinale particulière de la membrane vitrée (ou limitante externe du poil). Les minces fibrilles nerveuses marchant d'abord parallèlement les unes aux autres et à l'axe du poil, se recroiseraient ensuite en spirale. Je crois que de même que les dispositions précédemment indiquées par Schöbl, celle-ci court risque de ne pas être retrouvée par les histologistes qui suivront. Je ne

l'ai point, pour ma part, constatée sur les poils tactiles que j'ai étudiés.

Le travail de Dietl est plus sérieux ; il se compose d'une série de trois mémoires successifs. Dietl a constaté un fait important et exact, c'est à savoir que les fibres nerveuses, réduites à leurs cylindres d'axe, traversent la gaine vitrée et se terminent dans la couche externe de l'épithélium de Malpighi. Mais il a affirmé que dans cette même couche existent des corpuscules de Langerhans, ce qui est contestable, et n'a été retrouvé par personne depuis. Il pensait d'ailleurs que les fibres nerveuses se terminent dans l'épithélium, opinion qui a été reproduite peu après par Sertoli (*Gazetta medico-veterinaria*, t. II, 1872). Jobert (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. LXXVIII, p. 1058) soutient simplement que les nerfs arrivent sur la gaine vaginale du poil à l'état de cylindres d'axe nus et se terminent par des renflements disposés le long de la membrane vitrée.

Je n'insisterai pas sur l'opinion de Kölliker, qui se rapproche un peu de la dernière conception de Schöbl, ni sur celle de Frey (6^e édition, 1876) qui décrit purement et simplement l'anneau nerveux de Leydig. Je signalerai seulement le travail d'Arnstein, qui considère la terminaison en plexus disposé à la surface de la membrane vitrée du poil comme la règle. Nous avons vu positivement que les nerfs sont plus loin et qu'ils perforent la limitante vitrée. Quant au travail de Ludwig Löwe (*Arch. de Schultze*, 1878, p. 41) il ne contient rien de nouveau ; l'auteur arrive seulement par hypothèse à cette conclusion que les nerfs *doivent* se terminer dans les cellules des deux bourrelets ou anneaux, externe et interne, parce que Merkel a montré que la coloration de ces cellules suffit pour indiquer leur nature nerveuse ; mais il n'a constaté par lui-même rien de positif.

Cette revue historique, quelque fastidieuse qu'elle puisse paraître, était nécessaire afin de montrer la diversité des opinions qui se sont produites et de mettre le lecteur qui voudrait tenter de nouvelles recherches à même de savoir ce que d'autres ont pensé sur un sujet difficile et controversé. Quoiqu'il en soit, nous avons acquis maintenant une série de connaissances qui vont nous permettre de comprendre assez aisément, je crois, le mécanisme de l'action des poils tactiles.

Nous avons vu qu'autour du poil sont disposées deux pièces de charpente étroitement liées à la membrane fibreuse limitante ou vitrée de la gaine vaginale de la vibrisse. Les éléments cellulaires de ces deux pièces sont solides, et c'est dans leurs intervalles que se terminent les filaments axiles. Le poil, et ses deux bourrelets tactiles emprisonnant les extrémités nerveuses, sont contenus dans un vaste sac parcouru par de nombreux vaisseaux caveux, c'est-à-dire dans un organe à proprement parler érectile. Les agents de l'érection sont faciles à saisir, ce sont des muscles volontaires très nombreux qui, partant de la région profonde du derme, viennent s'insérer sur tout le pourtour du sac formé par la gaine lamelleuse du poil ; l'insertion se fait directement, sans intermédiaire de tendons distincts, et, lorsque les muscles entrent en action, le sac pileux est violemment tiré en bas. Comme le point d'application de la force est à l'un des pôles de l'ellipsoïde représenté par le sac péri-pileux, il suit de là que cet ellipsoïde est aplati transversalement et allongé de haut en bas par la traction. Sous cette influence mécanique, les minces vaisseaux veineux efférents qui traversent la paroi lamelleuse sont aplatis, tandis que les artérioles homologues, dont la paroi est résistante, laissent encore passer le sang. Ce dernier s'accumule dans l'intérieur du sac qui se distend outre mesure, et de telle façon que l'érection de la vibrisse se produit.

Cette érection peut être longtemps soutenue en même temps que rapidement produite. En effet, les muscles volontaires qui s'insèrent au sac lamelleux, et qui la déterminent, sont des muscles mixtes comme le triceps huméral du lapin. J'entends par là, avec M. Ranvier, qu'ils sont composés de faisceaux musculaires primitifs à contraction volontaire et brusque mélangés à des faisceaux à contraction lente et soutenue. Je fonde cette assertion sur l'examen de coupes transversales des muscles précités. L'aire de certains faisceaux sectionnés en travers montre des noyaux nombreux inclus dans la substance musculaire. La striation de ces mêmes faisceaux est voilée par de nombreuses granulations protéiques. Ces fibres répondent, par leurs caractères, aux fibres rouges ou foncées du soléaire du lapin. Mais elles ne sont pas très distinctes par leur couleur de leurs voisines à rares noyaux excentriques, car, chez le rat, tous les muscles moteurs des vi-

brisses ont une coloration foncée. Les réseaux musculaires sont flexueux comme ceux des muscles rouges, mais manquant (chez le cobaye et le rat) de réservoirs ampullaires analogues à ceux qu'on trouve dans les réseaux vasculaires des muscles foncés du lapin. En un mot, les muscles que je décris sont simplement mêlés de fibres à contraction soutenue, qui leur servent à prolonger leur action et à équilibrer leur contractilité.

L'érection produite, le poil tactile est mis dans les conditions nécessaires et suffisantes pour exercer sa fonction. Ses extrémités nerveuses, pincées entre les éléments solides des deux anneaux tactiles, interne et externe, font partie intégrante de la masse de ces derniers. Si les anneaux sont comprimés, les nerfs le seront aussi, et l'impression tactile sera produite d'une façon toute mécanique.

Si le poil tactile et son bourrelet annulaire étaient simplement plongés dans le derme ou dans un sac séreux, il faudrait une action mécanique très intense exercée à l'extrémité de la vibrisse pour impressionner mécaniquement les nerfs pincés entre les cellules des anneaux tactiles. Mais ces derniers anneaux sont plongés dans le sinus sanguin, c'est-à-dire dans un milieu liquide qui, au moment de l'érection, est accumulé dans une enceinte close et devient à la fois très élastique et incompressible. Le moindre contact à l'extrémité du poil détermine donc, de la part du sang du sinus, une réaction sur les anneaux tactiles. Cette réaction les comprime, et les nerfs sont ainsi excités comme si on les prenait dans les mors d'une pince; l'excitation est d'autant plus vive que tout le système est baigné de sang veineux dont la présence, on le sait, a une grande influence sur l'exaltation des sensations tactiles.

Aussi les poils tactiles sont-ils des agents de perception extérieure très délicats que l'on ne peut supprimer, chez les animaux, sans compromettre profondément des fonctions souvent très importantes. La preuve la plus convaincante de ce que j'avance, a été donnée par Jobert. Si l'on supprime les poils tactiles de l'aile d'une chauve-souris, l'animal ne peut plus diriger son vol régulièrement, quand bien même sa vue est restée intacte. Le vulgaire sait, du reste, qu'en arrachant les vibrisses d'un chat, on le rend incapable de chasser jusqu'à complète régénération des poils tactiles.

Tel est l'appareil compliqué des vibrisses à sinus sanguin, et telle me paraît être la théorie de leur action physiologique que l'on peut déduire de leur disposition anatomique. Je ferai remarquer qu'ici, de même que dans les autres organes du tact, il existe des pièces de charpente formées par le tissu fibreux et disposées pour prendre les extrémités nerveuses dans leur masse résistante. De plus, ici comme ailleurs, et contrairement à l'assertion de Merkel, la terminaison des nerfs sensitifs est *intercellulaire*. Les réseaux intra-épidermiques, les corpuscules du bec des oiseaux, ceux de Meissner chez l'homme et les singes, enfin les poils tactiles peuvent être en conséquence placés en série les uns à côté des autres comme des organes homologues au point de vue du *système de terminaison nerveuse* proprement dit.

Il nous reste maintenant à étudier des organes terminaux singuliers, qui, de tous, ont été les premiers décrits et dont la signification morphologique et physiologique soulève encore actuellement de nombreux problèmes, je veux parler des corpuscules de Pacini ou de Vater.

Étude des corpuscules de Pacini ou de Vater. — En 1741, A. Vater décrivit, sous le nom de papilles nerveuses ou cutanées, de petits corps ovoïdes appendus aux branches des nerfs qui se distribuent à la peau de la paume de la main. (A. Vater, *Dissertatio de consensu partium corp. humani*, etc. Vitembergæ, 1741.) Mais son observation passa inaperçue. Un anatomiste contemporain, le professeur Pacini, retrouva et décrivit les mêmes corps dont la nature nerveuse fut mise ensuite hors de doute par Henle et Kölliker. Les travaux de Leydig, Keferstein, W. Krause, Grandry, W. Engelmann, etc., ont éclairé d'une vive lumière la structure de ces corpuscules. A. Rauber et Herbst en ont étudié la distribution, le premier dans les articulations, le second dans le tissu cellulaire sous-cutané. On les trouve en abondance dans les cônes fibreux de la peau de la pulpe des doigts et des orteils, il en existe quelques-uns le long des nerfs de la peau de la face dorsale de la main et du pied, de l'avant-bras, du bras, du col. On les rencontre aussi dans les nerfs de la mamelle, du mamelon, et appendus aux ramifications du nerf honteux interne. D'après Kölliker, ils existent sans exception le long des nerfs de tous les grands plexus sympathiques, en avant et sur les côtés de l'aorte

abdominale, derrière le péritoine, et enfin dans le mésentère. Les corpuscules de Pacini du mésentère du chat sont surtout volumineux, isolés et nombreux, aussi les prend-on fréquemment comme objets d'étude.

Ils ne sont, comme on le voit, nullement spéciaux à l'homme; de nombreuses espèces animales en possèdent, et ils sont surtout abondamment répandus dans les papilles du derme subjacent au thécorhynque ou bec de la plupart des palmipèdes (Leydig) et du flamant rose (Jobert). Chez ces animaux, au lieu d'être enfoncés dans la région profonde du derme ou dans le tissu connectif sous-cutané, comme chez l'homme, ils sont placés presque au contact du corps muqueux de Malpighi à la façon de nombreux corpuscules du tact qui les environnent. Les corpuscules de Pacini du bec du canard sont plus petits que ceux de la pulpe des doigts de l'homme; ces derniers, en effet, peuvent acquérir des dimensions colossales et mesurer, par exemple, 4 millimètres de longueur. Ils sont alors très favorables pour l'étude des enveloppes tandis que ceux des oiseaux le sont davantage pour l'analyse de la terminaison nerveuse.

Les corpuscules de Pacini ont été trop étudiés, et les histologistes sont arrivés à des résultats trop concordants à propos de leur structure, pour qu'il soit actuellement nécessaire de donner à leur description le caractère d'une discussion de faits et d'opinions; c'est pourquoi je me propose de faire simplement ici un exposé dogmatique de la question.

Si, sur un doigt humain simplement frais (il n'est pas nécessaire que le doigt vienne d'être retranché sur le vivant pour faire cette étude), l'on fend la peau de la pulpe d'un doigt, à l'aide du rasoir, au niveau de la troisième ou de la deuxième phalange, et si ensuite l'on écarte avec des pinces les deux lèvres de l'incision, l'on voit, au milieu des pelotons adipeux colorés en jaune, de petits grains ovoïdes, solitaires ou réunis par paires, et qui présentent une coloration d'un blanc pur avec l'éclat et le chatonnement de la perle. Ce sont les corpuscules de Pacini. Si on les dissèque, l'on voit qu'ils reçoivent chacun, à l'un de leurs pôles, un minime troncul nerveux, tandis que le pôle opposé est libre et dépourvu de nerf. Enlevons avec précaution quelques-uns de ces corps elliptiques, les uns seront plongés dans l'alcool à 36° de Cartier, les

autres, lavés à l'eau distillée, puis imprégnés d'argent en solution à 1/600 et montés ensuite par les procédés ordinaires (baume de Canada ou la résine Damar.)

(a) *Étude de l'enveloppe du corpuscule faite à l'aide de coupes méthodiques.* — Un gros corpuscule de Pacini (ou un fragment de la peau du doigt qui en contient) est fixé dans sa forme par l'alcool, et le durcissement est achevé à l'aide de l'emploi successif de la gomme et de l'alcool ; l'on peut facilement alors y pratiquer des coupes méthodiques, surtout si l'on opère un corpuscule isolé qu'il est facile d'orienter sur un morceau de moelle de sureau. Les coupes perpendiculaires ou parallèles à l'axe du minime ellipsoïde, sont colorées à l'aide du picrocarminate d'ammoniaque et examinées, soit dans la glycérine picro-carminée, soit dans la glycérine formique à un pour cent. L'on peut alors constater les particularités suivantes :

Le corpuscule de Pacini renferme à son centre une minime cavité ellipsoïdale ; cette cavité est entourée par une série de lames concentriques et emboîtées, d'autant plus serrées les unes sur les autres que l'on s'approche de la cavité centrale. Ces lames, légèrement dissociées avec les aiguilles, montrent des fentes interlamellaires et la disposition exacte du système de tentes ou de membranes concaténées caractéristiques de la gaine lamelleuse des cordons nerveux périphériques. Comme dans cette dernière, on voit les faisceaux connectifs de chaque lamelle se croiser et être reliés entre eux par une substance homogène et hyaline. Dans chaque fente interlamellaire, on voit une ligne de cellules formant un *trait rouge continu*, cette dernière disposition devient surtout évidente sur les préparations conservées dans la glycérine formique ; elle fait prévoir que les cellules contenues dans les intervalles des lamelles concentriques sont disposées sous forme de revêtement endothélial.

Si l'on examine une coupe du corpuscule pratiquée parallèlement à son grand axe et passant par l'un de ses plans diamétraux, l'on reconnaît facilement que les capsules emboîtées se continuent directement avec la gaine lamelleuse du pédicule nerveux, et que, par suite, on peut regarder l'enveloppe du corps de Pacini comme une gaine lamelleuse qui, brusquement, a pris sur ce point un développement colossal. De même que dans la gaine lamelleuse,

l'on observe dans cette enveloppe deux parties très distinctes, l'une périphérique, et l'autre profonde.

Dans la portion périphérique, les lames de tissu connectif sont distinctes les unes des autres et séparées par des espaces interlamellaires faciles à mettre en évidence. L'épaisseur de chaque lame décroît à mesure que l'on s'avance vers la profondeur, mais les traînées cellulaires régulièrement intercalées aux capsules permettent de compter facilement le nombre de celles-ci. Dans le dernier tiers de l'épaisseur de la coupe, l'aspect change; les lamelles sont serrées les unes contre les autres à la manière des traits concentriques au moyen desquels les graveurs expriment les ombres, les lignes de cellules sont moins régulières qu'à la périphérie, enfin, cette région est très semblable à la région tout à fait profonde, et immédiatement adjacente au fascicule nerveux, de la gaine lamelleuse du sciatique par exemple (fig. 17, p. 232).

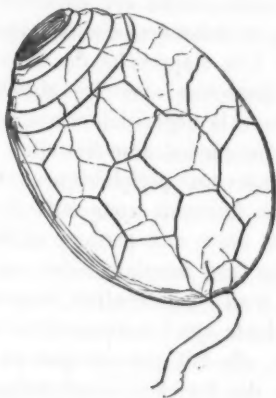


FIG. 17. Corps de Pacini traité par l'argent et montrant les couches endothéliales superposées.

(b) *Étude de l'enveloppe du corpuscule faite à l'aide du nitrate d'argent.* — Hoyer avait déjà vu que la surface du corpuscule de Pacini est revêtue d'un endothélium continu. Mais si l'on prolonge l'action de l'argent pendant quelques minutes, l'on peut facilement constater (Ranvier) qu'il existe dix et souvent douze couches endothéliales superposées, se comportant à la façon de celles que

l'on trouve dans la gaine lamelleuse du nerf sciatique de la grenouille. Ces couches endothéliales répondent chacune à une ligne de cellules interlamellaires; on obtient la démonstration très élégante de ce fait en procédant de la manière suivante :

Un corpuscule de Pacini de l'homme est enlevé, puis coupé à l'un de ses bouts à l'aide d'un coup de ciseaux dorés, après quoi on l'aplatit légèrement avec une petite aiguille de bois ou d'ivoire. Comme il n'a pas été touché par le fer, on peut l'imprégner d'argent d'une façon satisfaisante. De plus, en l'écrasant légèrement, l'on a fait saillir, sur l'extrémité sectionnée, une série de capsules qui font pour ainsi dire hernie et sont étagées comme les tubes rentrants d'une lorgnette. Chacune de ces capsules ainsi artificiellement exposées peut être observée sans que l'on soit trompé par des superpositions de plans. De plus, l'argent atteindra directement. J'ai obtenu de cette façon des préparations qui m'ont servi à dessiner la figure 18 et qui montrent clairement que chaque lamelle possède sur ses deux faces un revêtement endothélial continu. Mais lorsque l'on arrive à la zone profonde de la gaine lamelleuse du corpuscule, l'argentation n'est plus régulière. Il est donc très peu certain qu'il existe sur ce point des couches endothéliales continues entre les feuillets superposés.

(c) *Étude de la cavité centrale du corpuscule de Pacini et de la terminaison du nerf.* — Je prendrai pour objet d'étude les corpuscules du bec du canard domestique, qui sont à la fois très nombreux, ce qui multiplie les chances d'obtenir des incidences de coupe favorables, et peu volumineux, ce qui les rend moins opaques. Le pédicule du corpuscule est formé par une fibre nerveuse à myéline, entourée d'une épaisse gaine lamelleuse et de sa gaine de Henle. Cette dernière est très distincte au niveau du point où le tube nerveux atteint et perfore la capsule du corps de Pacini (voy. fig. 18). Les segments interannulaires du tube nerveux sont courts, ils gardent leur myéline et leurs incisures de Lantermann très régulières pendant tout le trajet à travers l'enveloppe lamelleuse. La gaine de myéline cesse ordinairement d'exister au niveau de l'entrée du tube nerveux dans la cavité centrale. On peut constater ce fait et ceux qui vont suivre, avec la plus grande facilité, sur des préparations faites après l'action de l'acide osmique à 1 pour 100, par la méthode ordinaire, et colorées à l'aide de

la solution concentrée d'éosine primerose rendue soluble dans l'eau par l'ébullition.

La fin de l'étui de myéline se fait par deux segments de Lantermann qui, communément, ne m'ont pas paru repliés en bourse. Le filament axile, très nettement strié en long, le poursuit dans la cavité sous forme de tige terminale simple ou se branche en Y, de façon que la terminaison prend alors l'aspect d'une arbori-

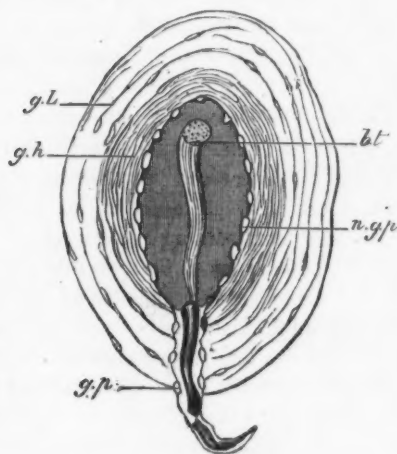


FIG. 18. Schéma du corps de Pacini du bec de canard.
gaine lamelleuse; — *gh*, zone hyaline de la gaine lamelleuse; — *bt*, bulbe terminal; —
g. p. u. g. p., gaine propre de la cavité.

sation rudimentaire formée de deux branches seulement. Ces deux branches marchent côte à côte, parallèlement au grand axe du corpuscule elliptique, et se terminent au voisinage du pôle opposé à celui par lequel est entré le nerf, en se renflant sous forme d'un bulbe constitué évidemment par des fibrilles nerveuses disposées en pinceau. Sur ce point, mes observations propres confirment absolument celles de Grandry.

La terminaison cylindre-axile se fait donc librement dans la cavité; j'ajouterai que le cylindre d'axe flotte dans un liquide qui, sous l'influence de l'acide osmique, prend des caractères analogues

à ceux que présente un caillot de lymphé traité de la même façon. Le liquide coagulé est coloré en brun clair, il n'a pas la réaction de la myéline en présence de l'acide osmique, il est beaucoup moins opaque que cette dernière substance et, au lieu de subir comme elle le gonflement *post mortem* que j'ai appelé ailleurs *vermiculation*, il se prend en gelée. Enfin, ce qui me fait davantage incliner vers cette opinion qu'il n'est que de la lymphé, c'est qu'il est contenu dans un espace clos, de nature lymphatique, continuation de la cavité de la gaine de Henle, et qui est limité par un endothélium qui fait suite à celui de cette dernière.

En effet, la gaine de cellules plates qui entoure le tube nerveux à myéline à son entrée dans le corpuscule de Pacini, et qui le suit tandis qu'il perfore la capsule lamelleuse de ce dernier, s'écarte à droite et à gauche au moment où la myéline cesse d'exister, et va tapisser la paroi de la cavité du corpuscule. Ainsi se trouve constituée une séreuse en miniature, pleine d'un liquide analogue à la lymphé et au sein duquel le cylindre d'axe et son bulbe terminal délicat nagent librement. Ce liquide, milieu incompressible et élastique, joue ici, comme ailleurs, un rôle à la fois de nutrition et de soutienement. Les détails qui précèdent ne peuvent être mis hors de doute que par l'emploi de l'acide osmique comme réactif coagulant. Quand on emploie l'alcool, la capsule lamelleuse du corpuscule se rétracte, [la cavité centrale s'efface et le filament axile, à sa terminaison, semble entouré d'une gaine de noyaux directement appliqués à sa surface. De cette apparence, quelques auteurs ont conclu, soit que le cylindre d'axe est suivi par un revêtement cellulaire continu, soit que le bulbe terminal contient des noyaux. Je crois que ces assertions ont été déduites purement et simplement de l'examen de mauvaises préparations. La seule hypothèse possible à formuler, c'est que le cylindre d'axe est suivi jusqu'à sa terminaison en bulbe par un prolongement délicat de la membrane de Schwann, puisqu'au niveau du point où la myéline cesse d'exister, on ne voit pas cette gaine se replier en forme de bourse, comme il arrive à l'extrémité de chacun des segments interannulaires dans la continuité de la fibre de Leuwenhoek.

Tels sont les corpuscules de Pacini et de Vater. On voit par

ce qui précède que leur structure est assez exactement comme, mais leur signification morphologique et leur rôle physiologique sont infiniment plus difficiles à formuler. Morphologiquement, le corpuscule de Pacini paraît représenter un tube nerveux arrêté dans son parcours; peut-être aussi s'agit-il ici, et cette hypothèse est, je l'avoue toute gratuite, d'un appareil organisé pour répondre à certaines perceptions tactiles dont nous ignorons la formule physiologique. Le nombre des corps de Pacini dans le bec des oiseaux, à côté des corpuscules du tact proprement dits et en aussi grand nombre que ces derniers, n'est pas défavorable à cette supposition. En tout cas le nerf n'est pas ici pris, à sa terminaison dans une sorte de pince solide; les contacts extérieurs ne peuvent se transmettre au cylindre d'axe que par l'intermédiaire du liquide ambiant, et l'épaisseur comme la résistance de la capsule lamelleuse semblent indiquer que cette propagation des actions extérieures doit arriver très atténuée à la terminaison du nerf sensitif. De plus, la présence des corps de Pacini dans le mésentère, et une foule de régions qui ne sont nullement le siège du tact, pourrait faire penser qu'il ne s'agit ici que de petits organes de renforcement de l'action nerveuse, renforcement qui se produirait en vertu d'un mécanisme ignoré. Toutes ces hypothèses ont été produites mais elles restent des hypothèses.

Dans la prochaine leçon nous étudierons les organes du mouvement dans la peau, c'est-à-dire les surfaces ectodermiques ciliées, les muscles lisses cutanés, et les muscles à contraction brusque qui, sur certains points, entrent dans la constitution du tégument.

TISSUS D'ORIGINE ECTODERMIQUE. — PEAU.

Étude des agents de la contractilité entrant dans la composition du tégument cutané.

(20 juin 1878.)

SEPTIÈME LEÇON.

Sommaire. — I. — *Division générale des éléments anatomiques doués de contractilité.* — Cils vibratiles, muscles lisses, muscles striés. — Étude des portions de l'ectoderme revêtues d'épithélium à cils vibratiles. — Systèmes de Thèques intra-épithéliales.

II. — *Muscles lisses de la peau.* — Réseau musculaire. — Muscle fasciculé : — *Arrectores pilorum.* — Développement adventice des muscles lisses dans le tégument; elephantiasis avec développement de muscles lisses. — Terminaison des nerfs dans les muscles lisses cutanés. — Muscles lisses juxta-ectodermiques; fibres musculaires des grosses glandes sudoripares (Heynold, Hasse).

III. — *Muscles striés entrant dans la composition du tégument.* — Faisceaux sous-dermiques; insertion tendineuse des peaussiers chez les pachydermes. — Muscles intra-dermiques dissociés, leur insertion tendineuse et élastique. — Faisceaux musculaires des poils tactiles; leur nature mixte. — Fuseaux musculaires d'union.

Messieurs, la surface tégumentaire est chez tous les animaux le siège de phénomènes divers de contractilité. Chez les êtres inférieurs uni-cellulaires, la portion périphérique du protoplasma qui limite le corps cellulaire, et que l'on appelle l'exoplasme, se différencie dans certaines de ses parties pour produire des expansions ciliaires qui deviennent les organes des mouvements actifs. C'est ainsi que, chez les Sarcomonades et chez les Euglènes l'exoplasme devient le point d'insertion de flagellums vibratiles homogènes et sans structure. Chez les Noctiluques, le flagellum est composé d'une matière contractile dont la constitution se rapproche de celle de la substance des muscles striés. Elle est parcourue transversalement par une série de bandes alternativement claires et sombres, analogues à celles qui existent dans les cylindres primitifs des muscles moteurs de l'aile des insectes, sauf qu'on n'y a pas démontré le disque mince.

Dans l'organisme plus élevé des animaux cœlentérés, c'est-à-dire composés de trois feuilletts (ectoderme, mésoderme, entoderme), les cellules de l'épithélium du tégument, ou cellules ectodermiques,

deviennent le siège de phénomènes différenciés du mouvement. Chez l'hydre d'eau douce, étudiée par Tremblay, chaque cellule ectodermique est à la fois l'agent de la réception des impressions tactiles extérieures, celui de la transformation de ces impressions en excitations motrices, et celui de l'exécution du mouvement. Kleinenberg a en effet démontré que les cellules de l'ectoderme de l'hydre, se continuent au sein du mésoderme subjacent par une expansion de leur substance disposée en forme de pied contractile. Le pied contractile se poursuit dans le mésoderme parallèlement à la surface de la peau ; il se termine souvent par des pointes multifides ; de telle sorte que la portion contractile de la cellule est disposée, soit comme une fibre lisse fusiforme, soit comme un élément étoilé. De pareilles cellules ont été appelées névro-musculaires par Kleinenberg et par Ranvier. En effet, la portion extérieure qui entre dans la composition de l'épithélium cutané, joue, à l'égard de l'expansion musculaire profonde, le rôle d'un centre nerveux excito-moteur. L'existence de pareilles cellules est d'une importance capitale et, constatée dans l'un des termes de la série, elle permet de concevoir comment les cellules ectodermiques peuvent, dans certains cas, se différencier dans l'une de leurs parties pour édifier des appareils contractiles qu'elles dominent et commandent directement.

La production des cils vibratiles donne un premier exemple de cette modification. Nous avons vu, au début de ces leçons, que l'ectoderme peut revêtir la forme de revêtement cilié constitué par des cellules cylindriques ou prismatiques. Cette transformation n'est pas particulière à l'ectoderme, mais se produit régulièrement dans certains départements de sa surface. Chez les animaux supérieurs : les fosses nasales, le pharynx dans sa portion supérieure, les replis aryténo-épiglottiques et le vestibule larygien, les trompes d'Eustache et la caisse tympanique, sont des invaginations de l'ectoderme revêtues d'épithélium à cils vibratiles. Dans ces régions, au-dessus de la limite du derme, on n'observe pas de stratum de Malpighi, mais bien une rangée plus ou moins complexe de cellules prismatiques, présentant sur leur face libre un plateau cuticulaire qui les soude sur leurs limites respectives et qui est surmonté de cils. Ces cils sont de petits bâtonnets cylindriques, amorphes, tous parallèles, tous de même hauteur et vibrant dans

une direction identique. Les cils sont implantés dans le plateau cuticulaire qui les supporte par un grain (grain de la base du cil) présentant une réfringence identique à celle du bâtonnet ciliaire, et se montrant incolore comme lui après l'action du bleu d'aniline, qui teint énergiquement la substance du plateau dans les intervalles des implantations ciliaires. Quelle est l'origine de ces cils ? Sont-ils une production du plateau, ou une émanation du protoplasma ? La question a soulevé de nombreuses controverses. Marchi a observé et figuré chez l'Anodonte une série de filaments protoplasmiques granuleux partant de chacun des grains des bâtonnets ciliaires et allant se perdre dans la masse protoplasmique granuleuse qui entoure le noyau. Il a même émis cette opinion que la substance propre du noyau serait mise en rapport avec ces prolongements. D'autres auteurs ont, au contraire, admis que les cils étaient simplement une production de la cuticule. Chez l'escargot commun j'ai pu constater, après l'action de l'éosine qui colore si énergiquement le protoplasma, que ce dernier est nettement strié dans le sens de la direction des cils au-dessous de chacun des grains ciliaires. Mais au niveau du grain, l'aspect change : la substance du bâtonnet n'est nullement granuleuse, elle se colore en rose homogène. Je pense donc que le cil est non une continuation, mais une sorte de sécrétion du protoplasma, à la façon des cylindres primitifs de substance contractile d'un élément musculo-formatif.

Le mouvement des cils dépend du reste absolument du corps protoplasmique qui les supporte. Un cil détaché de la cellule à laquelle il appartient ne vibre plus spontanément, et aucun excitant n'est capable de réveiller sa contractilité (Kühne, Ranvier). Au contraire, quand une cellule à cils vibratiles est détachée du derme qui la soutient, ses cils continuent à vibrer tant que le liquide additionnel contient une quantité suffisante d'oxygène. De même que la cellule névro-musculaire des hydres, la cellule à cils vibratiles est donc l'origine de l'incitation motrice qui met ses cils en mouvement. Elle peut être paralysée par le défaut d'oxygène, elle peut l'être aussi sous l'influence de certains agents tels que les acides faibles, l'acide carbonique par exemple. L'action des alcalis lui restitue son excito-motricité. Elle est donc un véritable organe moteur, départi en deux zones, l'une ci-

liaire exclusivement motrice, l'autre protoplasmique qui entretient et génère l'incitation qui détermine le mouvement des cils. C'est donc une cellule névro-musculaire dont la portion motrice est libre au lieu d'être plongée dans le mastoderme.

Dans l'ectoderme cilié qui recouvre, chez l'homme et les mammifères, le fond du pharynx et les replis ary-épiglottiques, le passage de l'épithélium de Malpighi au revêtement cilié se fait de place en place sans ligne de démarcation nette et sans autre modification, sur la limite, que la substitution d'une palissade de cellules prismatiques au stratum de Malpighi. A ce niveau la couche génératrice des cellules cylindriques se poursuit, et au-dessus d'elle, au lieu des lits superposés de cellules crénelées, de cellules de la couche granuleuse, et de la couche cornée, on voit s'élever une rangée de hautes cellules prismatiques limitées par une ligne de plateaux cuticulaires pourvus de cils. Mais au bout d'un certain trajet la couche de cellules cylindriques profondes disparaît et elle est remplacée par une disposition particulière des thèques de l'épithélium cilié, disposition à laquelle j'ai donné le nom de *Thèques intra-épithéliales*.

Cette disposition existe du reste dans la partie profonde de tous les épithéliums cylindriques terminés à leur surface libre par un plateau cuticulaire cilié ou simplement strié. Elle est extrêmement évidente dans l'épithélium de l'intestin de certains poissons et, dans l'ectoderme cilié, au niveau de la portion de la muqueuse pharyngée qui recouvre la glande de Luschka ainsi que sur le bord des replis aryéno-épiglottiques. Sur ces points les cellules épithéliales n'ont plus, de distance en distance, la forme régulière d'un cône ou d'une pyramide allongée. — Elles affectent au contraire, la forme de cylindres dont on aurait taillé la base en sifflet. Deux cellules adjacentes, encochées de cette façon, et se touchant de manière à former deux figures symétriques, interceptent nécessairement une sorte d'arcade ogivale entre les contacts de leurs pieds effilés avec le derme muqueux. Si maintenant un groupe de trois, quatre ou cinq cellules se réunissent de cette façon autour d'un point, elles interceptent sur ce même point une véritable petite calotte demi-elliptique ou demi-sphérique. C'est à cette calotte, qui forme une petite loge à la partie inférieure ou profonde d'une rangée d'épithélium cylindrique, que je donne le nom de *Thèque*.

Ces *Thèques* ne sont point des espaces vides. On les voit remplies par une, deux, ou plusieurs cellules présentant les caractères généraux des éléments lymphatiques, et qui sont ainsi accumulées dans la cavité. Elles sont donc sur ce point en contact avec de nombreux éléments épithéliaux, auxquels elles peuvent céder certains matériaux nutritifs. Ces cellules peuvent du reste aller plus loin et pénétrer entre les cellules cylindriques jusqu'à la surface libre. Elles cheminent alors, dans les espaces intercellulaires, au sein du ciment interépithélial constitué par une masse molle et peu résistante. Quant à la cuticule, elles la peuvent aussi bien perforer par leurs mouvements actifs que la paroi d'un capillaire. Telle est l'origine des globules de mucus des surfaces ciliées. Les cellules lymphatiques dont nous venons de parler viennent des espaces interorganiques du derme muqueux qui, au voisinage de l'épithélium, est tellement infiltré de globules blancs que ces derniers se disposent à la file entre les faisceaux ou sur la ligne de contact de la lame fibreuse dermique et de son revêtement épithélial. Ainsi la nutrition des surfaces ciliées, et l'apport des matériaux de rénovations sont assurés par le cheminement incessant des éléments figurés de la lymphe au travers de l'épithélium, et par leur accumulation dans les *Thèques* où ils semblent former comme une réserve disponible d'éléments destinés aux actions nutritives.

II. — *Muscles lisses de la peau.* — Au troisième mois de la vie intra-utérine, chez l'homme, la peau ne renferme, sur la majorité des points, aucune fibre musculaire lisse. Il y a une exception à faire pour la peau des bourses au sein de laquelle on rencontre de nombreux éléments musculo-formatifs en voie de développement sur l'origine desquels nous ne pouvons actuellement nous arrêter. Sur tout le reste du tégument existent alors les nombreux bourgeons pleins des glandes et des phanères. Autour de ces bourgeons, constitués par une prolifération des cellules ectodermiques, vont se développer des systèmes de muscles lisses dont l'étude présente le plus haut intérêt. C'est principalement autour des glandes sudoripares et des bulbes pileux que l'on voit apparaître ces éléments musculaires.

Système musculaire des grosses glandes sudoripares. — Dans la partie de ces leçons consacrées à l'étude des glandes, nous

avons surtout étudié celles qui sont le siège de la production de la sueur proprement dite. Dans certaines régions, au niveau de l'aisselle, du pli de l'aîne par exemple, la sécrétion sudorale prend des propriétés particulières, devient odorante, s'accompagne chez certains sujets d'excrétion de matières pigmentaires ou grasses, et les glandes qui la secrètent acquièrent des dimensions colossales et une disposition compliquée. Dans ces glandes, l'épithélium clair présentant une striation protoplasmique régulière dirigée dans le sens de la hauteur de la cellule, repose directement sur la membrane propre de la glande qui est formée d'une substance homogène analogue à celle du cartilage hyalin ou du sarcolemme, et que nous avons appelée la couche hyaline ou vitrée. Mais, entre cette couche et le revêtement de cellules sécrétoires, existent des fibres musculaires lisses dirigées parallèlement à l'axe du tube sudorifère sécréteur, c'est-à-dire longitudinalement. Ces cellules connues depuis longtemps, mais dont Heynold a récemment déterminé la position juxta-épithéliale sont donc ici disposées, par rapport aux cellules sécrétoires, à la façon des pieds contractiles des cellules névro-musculaires des hydres par rapport à la portion ectodermique de ces dernières, seulement il n'y a point continuité directe, mais simplement juxta-position entre les fibres lisses que nous décrivons et les cellules sécrétoires qui les surmontent (1).

Cet appareil musculaire, immédiatement adjacent à l'épithélium sécréteur, et disposé à la surface de la membrane propre du tube sudorifère, présente une direction parallèle à l'axe de ce dernier: il n'est donc nullement comparable ni dans sa disposition ni dans son action, au système annulaire, spiral au plexiforme que l'on trouve dans les artères, les veines et les canaux excréteurs contractiles. Il présente plutôt un intérêt morphologique, et c'est en vertu de cet intérêt que je devais surtout vous signaler son existence.

L'appareil contractile des poils est beaucoup plus important. En dehors de la gaine lamelleuse du derme qui enveloppe ces phanères concentriquement à la gaine vaginale, fournie par l'ec-

(1) Tout récemment mon maître M. Ranvier, dans une note insérée dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, a émis que ces cellules musculaires sont une simple différenciation de la partie profonde des cellules pariétales du bourgeon ectodermique formateur des glandes sudoripares (janvier 1880).

oderme (gaine externe de la racine), on voit des faisceaux de fibres lisses présentant une disposition tout à fait particulière. Ces fibres forment les *arrectores pilorum*. Généralement les poils sont inclinés à angle aigu sur le tégument et semblent se coucher dans un sens déterminé à la surface de ce dernier. Nombre d'entre eux cependant ne présentent pas cette disposition couchée, ce sont les poils follets ou poils immobiles. Mais les poils destinés à se mouvoir présentent régulièrement la disposition inclinée. Leur implantation, considérée sur une coupe normale à la surface de la peau et dirigée parallèlement à leur axe, fait donc avec la surface du tégument un angle aigu qui répond au sens de l'inclinaison du poil, et un angle obtus répondant au côté inverse de cette inclinaison. Le muscle arrector occupe précisément ce dernier côté. Il est formé de faisceaux de fibres lisses disposées dans une direction axiale commune. Ces fibres lisses sont fusiformes et présentent un noyau médian. Elles forment un faisceau dont chacune d'elles constitue l'un des traits parallèles. Dans son milieu, le muscle arrector ressemble à une gerbe de fibres lisses. A son extrémité, qui s'insère dans le derme, ce faisceau semble se dissocier comme le font les brins d'une gerbe de blé liée en son milieu; il acquiert une disposition pénicillée. A l'autre extrémité, celle destinée à mouvoir le poil, un éparpillement analogue a lieu, mais il se fait ordinairement par fascicules, qui deviennent l'origine d'autant de chefs terminaux distincts.

Étudions maintenant les rapports de ce muscle lisse fasciculé, tant avec le derme qu'avec la production pileuse qu'il est destiné à mouvoir. La direction générale du muscle est suivie, plus ou moins régulièrement, par les faisceaux fibreux du derme. Au niveau du corps de l'arrector, c'est-à-dire de la partie formée de fibres parallèles, les faisceaux dermiques sont eux aussi sensiblement parallèles à l'axe du muscle. Tout autour de ce dernier, des réseaux élastiques, qui sont la continuation de ceux du derme, forment une sorte de panier, à mailles allongées dans le sens des fibres, et qui les enveloppe comme d'un filet. Au niveau de l'insertion dermique pénicillée, ces réseaux élastiques se dissocient en suivant les fibres, se ramassent à leur extrémité comme les fils d'osier des deux bouts d'une nasse, et constituent autant de petits tendons élastiques qu'il existe de pinces musculaires distincts.

Ces tendons minuscules, bien différents des tendons fibreux, se dissocient après un trajet plus ou moins court, pour communiquer avec le réseau élastique du chorion. A son insertion fixe le muscle moteur est donc relié solidement à la charpente élastique du derme.

Cette insertion est située, soit au-dessus, soit au-dessous du bulbe pileux. Le plus ordinairement, la bandelette musculaire lisse contourne le bulbe pileux et va s'insérer du côté opposé sur sa gaine lamelleuse, par un système de tendons élastiques multiples, dont les fibres se poursuivent avec les réseaux élastiques interposés aux lamelles de la gaine fibreuse. Quand le muscle entre en contraction, le poil est, dans ce cas, redressé comme par l'action d'une poulie de renvoi. Cette disposition est surtout très accusée dans la peau du cheval, où l'on voit même, autour d'un même poil, plusieurs systèmes musculaires disposés comme les cordes multiples des appareils qui servent à dresser un nat. Ce système moteur n'existe dans sa complication qu'autour des poils principaux ; ceux qui forment la bourre ne possèdent que peu ou point de muscles spéciaux, ils sont immobiles. Dans tous ces muscles, les nerfs se terminent par de simples taches motrices, dont l'origine et les relations avec les centres périphériques n'ont pas encore été étudiées d'une façon satisfaisante. Il en est de même de l'étude de leur développement, aussi n'y insisterons-nous pas.

Il existe aussi, sur certains points de la peau et notamment au niveau des bourses et des grandes lèvres, de nombreuses bandelettes formées de fibres lisses terminées par des tendons élastiques et suivant dans leur direction les espaces interfasciculaires du derme. Le tégument est muni sur ces points de véritables muscles intrinsèques. Ces muscles augmentent considérablement de nombre quand il se fait dans la région une production éléphantiasique. Cette néoplasie musculaire a été signalée par tous les anatomopathologistes qui se sont récemment occupés de la question. Mais il ne faudrait pas croire que les éléphantiasis d'une région quelconque renferment nécessairement des productions musculaires. Dans la dermite hypertrophique de la peau du membre inférieur, j'ai constaté régulièrement l'absence de la production qui nous occupe.

III. — *Étude des muscles striés entrant dans la composition*

du tégument. — Le derme est, dans sa totalité chez certains animaux, et dans certaines de ses parties chez l'homme (face — cuir chevelu.) — une véritable pièce du squelette formée par du tissu fibreux sur lequel s'insèrent des muscles extrinsèques, à contraction brusque, et striés en travers. Chez le cheval, notamment, les peaussiers cutanés s'insèrent sur de nombreux points à la face profonde du chorion par une ligne de tendons filiformes, qu'on voit sectionnés transversalement ou longitudinalement sur les coupes, et formant une ligne continue sur la limite du derme et des cônes fibreux de la peau. Chez l'homme, sur la peau de la face et notamment au niveau de l'aile du nez où je les ai plus spécialement étudiés, il existe de véritables muscles striés intrinsèques, c'est-à-dire qui s'insinuent dans les espaces interfasciculaires du derme par groupes de faisceaux primitifs ou par faisceaux primitifs isolés. Ils marchent ainsi dans tous les sens jusqu'à moitié de la hauteur des grosses glandes sébacées de la région.

Quand les muscles sont fasciculés et terminés par des tendons distincts, comme dans la peau du cheval, chaque tendon filiforme est entouré d'une gaine de fibres et de grains élastiques nés du tissu jaune intra-dermique et qui suit le tendon plus ou moins loin. Quand les fibres sont isolées ou groupées par petits fascicules dans l'épaisseur du derme, elles se terminent chacune par un petit tendon fibreux d'une minceur extrême qui va se confondre avec un des faisceaux fibreux dermique en se poursuivant avec lui pour se natter avec ses similaires. Mais toujours la fibre striée est enveloppée par un réseau élastique qui se résout en fibres parallèles à ses deux chefs pour longer ensuite le petit tendon fibreux et aller se perdre avec lui dans les réseaux élastiques du chorion. L'élément musculaire à contraction brusque est donc soutenu par un système de filaments extensibles, rétractiles et solides à la fois, qui jouent le rôle de pièces de charpente extérieure et impriment à la contraction brusque un caractère soutenu, modéré, et régulier.

Les fibres striées, répandues dans le derme à l'état de pinceaux et de filaments diversement orientés, reçoivent une certaine homogénéité dans leurs contractions en vertu de la disposition précitée. On peut dire qu'elles sont plongées dans un système élastique continu. Cette disposition subsiste dans les faisceaux musculaires

striés moteurs des poils tactiles, quand ils existent. Enfin nombre de ces fibres striées montrent la constitution des muscles rouges. Elles renferment de nombreux noyaux dans l'épaisseur de leur substance contractile.

Je citerai maintenant une dernière disposition qui, jusqu'ici, je crois, n'a été signalée par personne. Les muscles peaussiers de l'aile du nez, forment chez l'homme, au-dessus du cartilage nasal, des plans parallèles à la surface de la peau, mais séparés les uns des autres par de nombreux points où n'existent pas de fibres musculaires. Cette couche semble donc formée de petits muscles intra-dermiques et polygastriques. Chaque faisceau musculaire n'est relié à celui qui le précède et à celui qui le suit, que par des petits tendons suivis par le tissu élastique. En un mot, il existe à ce niveau un véritable réseau discontinu de faisceaux musculaires. Mais fréquemment, à côté d'un gros faisceau et le suivant parallèlement, marche un fuseau musculaire muni de noyaux formant une ligne presque continue sur un de ses côtés, et qui, dépassant le chef terminal de la fibre à laquelle il est accolé, traverse l'espace interfasciculaire dépourvu de muscles et rejoint un autre faisceau musculaire pour s'y accoler et se terminer sur un de ses côtés après un certain trajet. J'ai constaté, d'autre part, l'existence de pareils fuseaux musculaires dans le sterno-hyôïdien de la grenouille. Je les ai vus dépasser, en haut et en bas, et longuement, les fibres de volume normal auxquelles ils sont parallèles pour aller se terminer solitairement au sein du tendon commun. Je n'ai pas constaté encore si ces fuseaux ont une constitution identique à ceux des costo-peaussiers de la couleuvre. Il se pourrait qu'il en fût ainsi et que ces éléments fussent destinés à porter dans les muscles qu'ils rejoignent et qui seraient sans cela dissociés, le signal de la contraction isochrone. C'est là du moins une hypothèse que vous me pardonneriez en faveur des nombreux faits positifs que je vous ai exposés dans ces leçons.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA SYPHILIS DES VIEILLARDS,

Par M. **QUINQUAUD**, médecin de l'hospice des Ménages (vieillards),
et M. **ULLMANN**.

La pathologie des âges a de tous temps préoccupé les médecins ; son étude, poursuivie par d'éminents spécialistes, a conduit à des résultats du plus haut intérêt. Constater ces conquêtes, c'est montrer que ce vaste champ pathologique a produit d'abondantes moissons, récoltées par nos devanciers.

Néanmoins, il reste encore beaucoup à glaner : lorsqu'en effet on examine avec soin les affections morbides aux divers âges, on reconnaît facilement que leur nosologie est à peine ébauchée ; le fait est vrai pour la syphilis considérée au point de vue de ses analogies et de ses différences aux divers stades de la vie ; en un mot, le parallélisme n'est point achevé.

Loin de nous la prétention de combler les lacunes dans cet ordre d'idées, nous voulons surtout exposer et critiquer les faits observés par nous-mêmes et ceux qui ont été rapportés par d'autres médecins, en particulier par le savant professeur Sigmund (de Vienne), par Terrier, Luc, etc.

Dans un premier article, nous ferons une analyse complète du mémoire de Sigmund, publié, dans le *Journal de Vienne*, en 1878 ; ce travail sera suivi de réflexions critiques basées sur nos recherches cliniques.

Dans un second article, nous publierons des observations personnelles, recueillies au Bureau Central des hôpitaux, à l'hôpital Saint-Louis et à l'hospice des Ménages.

Au début de ce travail, il nous paraît indispensable d'étudier à part :

- 1° La syphilis contractée dans un âge avancé ;
- 2° La syphilis contractée dans le jeune âge, mais ayant causé des accidents ultérieurs pendant la vieillesse.

CHAPITRE I^{er}.

SYPHILIS CONTRACTÉE A UN AGE AVANCÉ.

La syphilis, ainsi que ses lésions primitives, sont relativement beaucoup plus rares dans l'âge avancé que dans la jeunesse, et on n'a que de rares occasions d'en observer des cas d'une évolution régulière et assez longue pour pouvoir les comparer les uns aux autres. Une pratique hospitalière considérable et une clientèle privée non moins étendue n'ont pu fournir à Sigmund, dans un espace de 30 ans, que 118 cas, soit 87 hommes et 31 femmes. Leur observation constitue la base des examens pathologiques et thérapeutiques de ce mémoire.

De ces malades, 42 hommes et 11 femmes appartenaient à l'hôpital; 45 hommes et 20 femmes ont été observés dans la clientèle privée.

La durée des cas étudiés a été variable : pour les uns, 1 an à partir du moment où la maladie a été contractée ; pour d'autres, plusieurs années ; pour quelques-uns, une dizaine d'années s'est écoulée entre le moment de l'infection de l'individu et sa mort. A côté de ces cas, il y en a d'autres (141 hommes et 53 femmes) qui, quoique passagèrement observés, nous ont fourni des renseignements suffisants pour compléter les observations qui nous serviront dans ce travail.

On peut, du moins pour la syphilis, considérer comme « *âge avancé* » l'âge au-dessus de 45 ans pour la femme et de 55 ans pour l'homme. On sait qu'à cette période de la vie la passion génésique est souvent remplacée, chez certaines personnes, par un autre ordre de passions plus ou moins fortes ; il y en a chez lesquelles cette passion si forte ne cesse pas même dans l'âge avancé ; pourtant elle est affaiblie chez le plus grand nombre ; elle demande quelquefois des satisfactions plus raffinées encore.

Le nombre des malades est trop faible et la durée de leur observation trop longue, pour fournir une donnée statistique suffisante.

Il y a cependant quelques résultats intéressants dont nous parlerons plus tard. Voici d'abord le résumé, d'après l'âge, des 118 cas :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
A l'âge (1) de 46 ans.....	0	6	6
47 à 49.....	0	9	9
50 à 53.....	0	4	4
55.....	0	2	2
57 à 59.....	45	3	48
60.....	11	1	12
62.....	7	0	7
65 à 69.....	12	3	15
70.....	4	0	4
71 à 73.....	4	2	6
75.....	2	0	2
77.....	1	1	2
80.....	1	0	1

L'accident primitif, dans les cas où il a pu être déterminé, était :

Organes génitaux seuls.....	66	17	83
Organes génitaux et partie anale.....	1	3	4
Partie anale seule.....	4	3	7
Muqueuse buccale (lèvres, langue)...	4	3	7
Lèvres buccales et organes génitaux..	1	1	2
Doigts seuls.....	7	2	9
Méat urinaire seul (?).....	1	0	1
Mamelon (?).....	0	1	1
Endroit de la lésion non déterminé...	3	1	4
Contracté pendant un coït.....	67	26	93
Contracté pendant qu'on a donné des soins.....	6	2	8
Mode d'infection non admissible à déclarer.....	14	3	17

Les renseignements sur la manière dont les individus ont été infectés sont aussi contestables chez les vieillards que chez les jeunes gens et

(1) Il est bien difficile, surtout chez les syphilitiques, de déterminer l'âge exact ; la plupart des femmes se déclarent plus jeunes qu'elles ne sont. Ainsi, une femme s'est présentée à ma clinique, avec une syphilis buccale ; elle disait avoir 48 ans, j'ai su qu'elle en avait en réalité 57. Elle avait avec elle sa fille, âgée de 38 ans, dont l'enfant syphilitique donna l'infection à sa grand-mère. L'âge de 77 et de 80 ans a été observé parmi les hommes, chez d'anciens militaires ; parmi les femmes chez une veuve de la meilleure société.

n'ont pas grande valeur scientifique ; mais pourtant nous signalerons ceux qui nous ont paru d'une authenticité suffisante.

L'incubation dans l'âge avancé est plus longue que dans la jeunesse, et cela non seulement pour la lésion primitive, mais aussi pour les accidents de la période secondaire et tertiaire qui sont plus tardifs ; et encore les lésions une fois déclarées sont plus longues à guérir. L'influence des remèdes dits spécifiques est aussi plus lente à se manifester. En d'autres termes, la sclérose dans toutes ses formes se montre seulement dans la quatrième ou cinquième, quelquefois sixième et très rarement dans la troisième semaine. Il en est de même pour le gonflement des parties voisines de la plaie et des glandes correspondantes (région du bras, du cou, de la nuque, du thorax) qui se déclare seulement dans la septième ou huitième semaine, quelquefois même plus tard. Ce gonflement garde d'ailleurs ses caractères d'indolence et de dureté. Le même retard (trois ou quatre semaines) s'observe pour les exanthèmes et les énanthèmes de la première période. Celle-ci a une durée de 4 à 5 mois ; puis ce sont des intervalles dits latents de durée variable, 3 ou 4 mois. Ensuite apparaissent ces érythèmes et ces papules en fer à cheval ou en cercles plus ou moins complets ; des squames surtout à la paume de la main, à la plante des pieds ; des végétations autour de l'anus, du scrotum et des grandes lèvres, plus rarement on les trouve sur le cuir chevelu, le cou, au creux axillaire, à l'ombilic, etc. Ces sortes d'éruptions se prolongent quelquefois pendant fort longtemps, des années mêmes, disparaissent par intermittences. La syphilis ou son incubation est, pour ainsi dire, enrayée dans son entière évolution et son complet développement. De même les inflammations catarrhales des muqueuses du palais, des amygdales, du pharynx, du larynx sont très tenaces et récidivent même après avoir disparu.

Dans les lésions primitives, on remarque qu'elles sont très superficielles, n'intéressant que le derme et l'épiderme, tandis que les infiltrations profondes sont très rares. Ces excoriations, quoique superficielles, sont très marquées et accentuées, les exsudats ressemblent au produit de la diphthérie et sont mêlés de débris épithéliaux de la couche de Malpighi, c'est ce qui a lieu dans le plus grand nombre des cas. Je disais donc que les infiltrations profondes sont rares, j'ajoute aussi les ulcérations cratériformes ; mais il ne faut pas confondre les ulcérations et les gommès mal soignées et datant d'une syphilis ancienne avec les lésions ci-dessus (1).

(1) Au moment de mettre sous presse, j'ai à ma clinique deux hommes âgés offrant des ulcérations profondes au gland et sur le prépuce. Ces ulcérations ont pour cause la nécrose provoquée elle-même par des infiltrations profondes. Chez l'un

La laxité des tissus, l'absence du frein au prépuce chez l'homme, la commissure chez la femme et l'élargissement du vagin, expliquent la rareté des lésions, tandis que dans le cas contraire elles se montrent et occasionnent des destructions considérables, comme complications de phimosis et de paraphimosis. — Dans la jeunesse c'est le sillon au-dessous du gland et surtout du côté gauche qui est le siège de prédilection de la lésion initiale; mais dans l'âge avancé c'est la muqueuse du prépuce, son bord, et chez ceux qui sont dépourvus de prépuce c'est la peau, très souvent de la base du pénis (angle pénoscrotal), qui est le siège de la sclérose primitive. Il paraît que la circoncision ne protège que peu contre la syphilis, car sur 67 cas, 19 étaient circoncis. Un fait pourtant serait susceptible d'une autre explication : sur 20 cas, chez les femmes, j'ai trouvé le siège de la lésion initiale deux fois isolé sur la portion vaginale : cas rare chez les jeunes personnes (1 sur 150), pas autant cependant qu'on le croit généralement.

Dans quelques cas, les lèvres ont été le siège de la lésion à la suite d'un rapprochement sexuel et par contact direct des organes génitaux féminins; la plupart à la suite de baisers intenses et souvent répétés, comme le déclaraient les malades (4 femmes), tandis que chez d'autres, au nombre de 2, l'inoculation a été faite par des enfants syphilitiques; chez 2 le siège de la sclérose était à la pointe de la langue. — Chez les malades affectés de chancres aux lèvres ou sur la langue, les dents altérées, mal rangées ou cassées produisirent une fâcheuse complication.

Les doigts, chez l'homme, qui ont été le siège de la lésion appartenaient exclusivement à la main droite, à savoir : l'index 3 fois, le médius 1 fois, le pouce 1 fois et toujours à la racine de l'ongle. La lésion a été observée 6 fois chez des médecins qui l'ont contractée dans la pratique de leur art et 1 fois chez un homme qui, au lieu de son pénis, a introduit son index droit dans le vagin. Les deux femmes affectées de chancres aux doigts, l'une à l'index droit, l'autre au pouce gauche, et toutes les deux à la racine de l'ongle, ont pris la syphilis en soignant des femmes malades. Il est curieux que les infirmiers âgés de l'hôpital, hommes et femmes, qui sont en contact permanent avec les malades, qui ont des écorchures ou d'autres lésions aux mains, n'aient montré aucune lésion primitive. Dans le cours de la tuméfaction des glandes, et pendant l'éruption des exanthèmes et des énanthèmes, il n'y a aucun changement dans la température ni dans le pouls, ce qui a été bien observé dans les 10 dernières années. Peu de personnes se plaignent de fièvre,

les vaisseaux lymphatiques du dos de la verge sont tuméfiés d'une manière très caractéristique.

c'est d'ailleurs ce qu'on observe chez les jeunes gens chez qui la température ne monte que de 2 à 4 dixièmes et la fréquence du pouls n'augmente que de 5 à 8. Mais ce qui a lieu chez les gens âgés, ce sont les différents troubles du système nerveux, tels que : l'insomnie, malaise, mauvaise humeur, lassitude, abattement, dégoût ou incapacité pour le travail habituel, étourdissement, douleurs de tête, du cou, de la colonne vertébrale, des articulations et des crampes. Tous ces phénomènes diminuent dès que les éruptions se déclarent.

L'époque d'éruption des papules, pustules, tubercules et squames se montre dans le cinquième, sixième, et quelquefois même seulement dans le neuvième mois après l'éruption : chez la plupart ces éruptions ne sont pas très développées, mais restreintes à quelques parties seulement, telles que : la face, l'anus, le ventre, la poitrine, le jarret, la paume des mains, la plante des pieds ; le cuir chevelu, garni ou non, ainsi que les amygdales sont très rarement le siège de ces éruptions ; ce qui caractérise ces éruptions ce n'est pas leur étendue, mais leur ténacité et leur tendance à la récidive.

Quant à la marche de la syphilis, voici quelques chiffres :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
1° Disparue sans développements d'aucune forme.....	30	13	43
2° Développement de papules, pustules et tubercules	41	9	50
3° Squames, végétations et affections buccales.....	8	2	10
4° Sans indication de la marche.....	7	8	15

Presque la moitié (43) de tous les malades qui ont été soignés et observés pendant longtemps est restée indemne des éruptions de papules, de pustules et de végétations ; chez eux la syphilis finissait par la tuméfaction des glandes, de l'érythème, de l'angine et rien de plus.

Presque la moitié de tous les malades (41 hommes et 9 femmes) étaient atteints en même temps de papules à la paume de la main et à la plante des pieds ; 41 avaient des tubercules (10 hommes et 1 femme). Chez 9 hommes et 1 femme psoriasis bien développé, surtout fréquent et tenace au scrotum, il ne s'est jamais montré sur les ongles, mais à la face palmaire des doigts ou à la face plantaire des orteils. Il y avait très peu de lésions du côté du cuir chevelu. Pas de gommès sérieuses dans aucun cas, pas de manifestations syphilitiques dans aucun système de l'économie, ni du côté de l'organe visuel, ni du côté de l'ouïe.

L'appareil locomoteur, os et articulations, n'ont pas été atteints sérieusement; la lésion, si elle a existé de ce côté, n'avait pas une origine spécifique.

Je n'ai jamais vu une affection du côté du nez, palais, pharynx, larynx, etc., qui pourtant sont le siège de prédilection de la syphilis dans la jeunesse. Si un vieillard a présenté un cas de ce genre, c'est qu'il avait été infecté dans sa jeunesse.

La syphilis hâte l'évolution de la cachexie si le terrain a été préparé d'avance, comme dans la tuberculose, le catarrhe des voies digestives. Dans ce cas, elle amène rapidement une anémie profonde, un dépérissement complet de l'individu. Mais c'est une anémie secondaire qu'elle ne crée pas d'emblée. Il y a encore à signaler la formation de furoncles et d'anthrax, surtout chez les hommes; ils se montrent un an après l'infection: la chaleur d'été, les bains chauds et les lotions froides favorisent leur développement. Je n'ai pas trouvé un seul cas de récurrence de l'infection. Les traces des lésions que j'ai vues autour et sur les organes génitaux de 21 hommes avaient une autre origine que la syphilis.

Les formes d'infections que la syphilis engendre dans les différents systèmes, sont celles qui se montrent les mêmes que chez les jeunes gens, c'est-à-dire que leur marche et leur évolution offre le même type que chez la jeunesse. Si on peut tirer des conclusions des 118 observations, je dirai que dans 4 pour 100 des cas, l'infection n'a pas eu d'autres conséquences que la tuméfaction des ganglions, et quelques légères affections de la peau, ce que, d'ailleurs, j'ai déjà remarqué chez des jeunes gens; je n'ai observé que 3 cas d'affections gommeuses légères sur les 118 malades.

La forme la plus tenace des affections secondaires est évidemment l'affection squameuse, qui est très sujette à la récurrence. Dans cette catégorie entre aussi la déformation des ongles des doigts et très rarement des orteils, ainsi que les végétations et excoriations de l'épithélium de la langue. Dans ce dernier cas, la plus ou moins grande alcalinité ou acidité de la salive, ainsi que le tabac, y sont pour quelque chose.

La malpropreté provoque chez les deux sexes des papules, des végétations sur une large étendue de la peau, des squames de forme condylo-mateuse, des excoriations, des fissures et ulcérations aux parties, au périnée, sur les cuisses et à l'anus. On rencontre ces affections d'origine de malpropreté et de négligence même dans la meilleure société.

Quant au traitement, il est ici indiqué de se borner, comme dans la jeunesse, à un traitement local avec hygiène et diète pour l'état général, mais il faut se garder des remèdes spécifiques. Ceux-ci sont donnés seulement après l'apparition des papules, pustules, tubercules, etc. Le traitement spécifique a été ordonné, par exception, lorsqu'il y avait insomnie

du d'autres perturbations graves, lorsqu'il y avait nécrose par suite de la sclérose initiale, et surtout lorsque celle-ci avait son siège aux lèvres buccales, au méat urinaire, à l'anus, etc., etc., endroits où une perte de substance a beaucoup d'inconvénients.

Les non guéris étaient dans la proportion de 25 0/0 et affectaient les formes suivantes : herpès squameux et récurrence des papules et pustules, ainsi que des affections unguéales chez les deux sexes : érosions à la partie vaginale chez les femmes ; érosions et papules aux lèvres et aux amygdales, érosions à la langue et à l'anus chez les hommes.

J'ai aussi des cas de guérison complète, qui ont été pendant plus de 10 ans sous ma surveillance, sans avoir rien pu observer. Je connais aussi les enfants de quatre personnes autrefois syphilitiques et guéries, enfants qui se portent admirablement bien.

Le mode de traitement ne diffère pas dans l'âge avancé de celui de la jeunesse ; seulement, comme les tissus infiltrés chez les gens âgés ont plus de tendance à la déchéance et moins de vitalité pour la reconstitution des pertes de substance que chez les jeunes gens, il faut donner beaucoup plus de soin au traitement local. Les remèdes, dans ce cas, les plus usités, sont : sublimé-alcool 1 : 100 ; hydrate de chloral 1 : 50 ou 100 eau ; azotate d'argent 1 : 5 eau, ou en nature ; chlorure de zinc 1 : 15 eau. Le chlorure de chaux, le chlore de potassium, ainsi que les solutions d'acide carbonique sont destinées pour les lotions. L'acétate de plomb est très bon contre les érosions douloureuses (acét. de Pb. 1, eau 40, 50 ou 100). La solution de sulfate de cuivre (1 : 4 à 10), qui serait excellente contre les ulcérations de forme diphthéritique, est très douloureuse, à ce que disent les vieillards et évitée par eux. Depuis peu de temps on emploie l'iodoforme (1 : 3 axonge) ; iodoforme 1, sucre 2, ou sous forme de liquide (iodoforme 1, glycérine 20, alcool 40) ; cette dernière forme a l'inconvénient de son odeur pénétrante, mais son action est prompte et sans douleur. L'hydrate de chloral (1 : 30-40-50) offre à peu près les mêmes succès ; il est bon dans le cas de surfaces suppurantes et, même chez les vieillards, on obtient un succès très rapide, comme avec l'emplâtre de savon et l'emplâtre de mercure *del.* — Le même traitement est indiqué contre les papules, surtout lorsqu'elles siègent dans des parties très douloureuses, telles que les lèvres buccales, grandes lèvres, le méat urinaire, l'anus, le scrotum, etc., et il faut appliquer avec beaucoup de soin l'iodoforme. Il est également très indiqué dans ces cas-là.

Quant aux résultats du traitement, il est difficile de se prononcer encore, les observations ne portant relativement que sur un petit nombre. Ainsi 35, dont 27 hommes et 8 femmes, ont suivi un an mon traitement ; d'autres, 27 hommes et 4 femmes, de 2 à 3 ans ; d'autres encore,

11 hommes et 13 femmes, entre 3 et 16 ans, et, enfin, 28, dont 22 hommes et 6 femmes, non déterminés, mais en tous cas ils sont restés plus d'un an sous ma surveillance.

La méthode de l'application des remèdes, soit localement, soit inté-rieurement, soit encore des deux voies, a beaucoup d'influence.

Ainsi étaient guéris :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
1° Localement seulement.....	20	14	43
2° A l'intérieur seulement, avec prépa- rations d'iode seules.....	3	2	5
Préparations mercurielles seulement..	26	9	35
Sublimés en pilules.....	2	1	3
Protoiodure en pilules.....	2	0	2
Injections au sublimé.....	2	4	6
Injections au calomel.....	1	2	3
Par frictions.....	16	2	18
Préparation d'iode et de mercure.....	4	1	5
Améliorés, non guéris, récidivés et empirés, en tout.....	18	3	21
Chez ces derniers, le mode de traite- ment était le même comme chez ceux qui ont été guéris.			
Ceux dont les résultats du traitement n'est point connu.....			
	7	2	9

Sigmund recommande beaucoup à ses malades une bonne nourriture et une hygiène sévère. La vie à la campagne, un bon air, et surtout une cure aux eaux minérales, intelligemment dirigée, serait chose excel-lente.

La coïncidence de la syphilis avec les maladies vénériennes, et spécia-lement avec la blennorrhagie, est très rare. Chez l'homme, ce sont le phimosis, le paraphimosis, le rétrécissement urétral et les hernies, sur-tout les deux premières affections qui peuvent être sérieusement com-pliquées de syphilis, dont la sclérose augmente encore l'étranglement (1).

On observe, dans les deux sexes, un autre inconvénient : ce sont les mauvaises dents, ou, en général, le mauvais état dentaire, qui aggrave les lésions de la langue, ainsi que les lésions de la muqueuse buccale,

(1) On ne doit pas, dans ce cas, hésiter à recourir à une des opérations sui-vantes : incision, excision ou circoncision.

chez des sujets qui ont été sérieusement atteints, soit déjà pendant la lésion primitive, soit surtout à l'époque des apparitions secondaires.

Chez les deux sexes, on trouvait souvent une augmentation de volume des veines hémorroïdales, excoriations et fissures à l'anus, avec constipation opiniâtre.

Comme complication locale, il y a encore à mentionner l'épithélioma. Deux fois, chez les hommes, il siégeait sur le gland et le prépuce, tandis que la sclérose avait son siège dans la rainure du gland. Chez un homme « rituellement » circoncis, le siège de l'épithélioma était sur la cicatrice de la circoncision. Chez une femme il siégeait sur la petite lèvre d'un côté, tandis que l'autre côté était occupé par une érosion cutanée (L'épithélioma de cette dernière fut enlevé et la plaie guérissait très bien). — Dans tous ces cas, l'épithélioma qui se propageait toujours était, tôt ou tard, accompagné de papules et d'herpès squameux, ce qui confirmait le diagnostic de lésion spécifique.

Les complications de la syphilis avec la scrofule, si fréquents dans la jeunesse sont, au contraire, dans l'âge avancé, très rares ou manquent tout à fait. La tuberculose, surtout la tuberculose pulmonaire, de nature scrofuleuse, avec une marche chronique existe, et ne diminue point du tout l'instinct sexuel, contrairement à l'opinion émise à ce sujet. J'ai eu deux cas de glycosurie : ces deux malades se plaignaient de diminution des forces viriles, ce qui ne les a pas empêchés de contracter la syphilis par un coït avec érection. Les diverses éruptions consécutives n'ont pas fait défaut. Un de ces deux malades, habitant les bords de l'Adria, fortement constitué, a consulté les spécialistes de Vienne et de Paris, ainsi que les médecins de Karlsbad et de Vichy, pendant dix ans. Cependant il n'avait pas d'autres éruptions consécutives que de l'herpès squameux à la paume des mains et à la plante des pieds ; mais il avait souvent des furoncles et de l'eczéma, ce qui gênait beaucoup notre malade, car il était très coquet et grand viveur. Finalement, il succomba à une pneumonie aiguë, à l'âge de 73 ans. Le diabète chez lui a commencé 15 ans avant, tandis que la lésion primitive de la syphilis datait de 11 ans avant sa mort.

Les complications avec les affections de la rate et du foie, ainsi qu'avec les difficultés de digestion, et aussi avec insomnie, étaient relativement très fréquentes ; et elles sont très fâcheuses, parce qu'elles diminuent les forces par les troubles digestifs et agissent également sur la disposition, sur l'humeur du malade. Elles reculent de longtemps la guérison et favorisent les récidives.

Les affections rhumatismales et arthritiques très souvent compliquent la syphilis, sans cependant influencer la marche de cette dernière, ni aggraver aucune forme secondaire, ni tertiaire.

Des complications graves sont celles qui sont occasionnées par la pyélite, le catarrhe de la vessie, le rétrécissement de l'urèthre, l'hypertrophie de la prostate. S'il y avait encore une affection cardiaque ou aortique, une chloroanémie profonde en était la conséquence, empêchant la guérison, traînant la maladie pendant longtemps, à moins qu'une maladie aiguë sérieuse : apoplexie, etc., ne vint enlever rapidement le malade.

La stomatite mercurielle a été rarement une complication de la syphilis. Elle a les mêmes formes, les mêmes dispositions que chez les jeunes gens, et est toujours due à l'état défectueux des dents et de la mâchoire. Je ne l'ai pas vu ni chez un vieillard de 70 ans, ni chez un octogénaire que j'ai soignés. Parmi les préparations qui amènent la stomatite, ce sont d'abord le calomel et le protoiodure qui, avec de petites doses, 0,02 ou 0,03, en une ou deux fois par jour, provoquent bientôt des coliques, de la diarrhée et du catarrhe des voies digestives; puis vient le sublimé (0,01 à 0,113 p. d.) avec catarrhe stomacal, agitations fiévreuses démontrées par le pouls, de la polyurie, de la bronchite. Le sublimé seul ou avec du chlorure de sodium, ainsi que le bichlorure en injection, provoquent des douleurs vives et persistantes, même après une injection de morphine, sans qu'on ait remarqué rien d'anormal au lieu de l'injection. Je n'ai pas employé le calomel en injections chez les gens âgés. L'onguent gris n'a pas d'autres inconvénients que chez les jeunes gens. Les diverses décoctions (celle de Littmann, Pollini, salsepareille) à la dose de 2, à 300 et 400 0/0 pour matin et soir, étaient bien supportées.

Les préparations d'iode et de brome donnent les meilleurs résultats et agissent principalement sur le système nerveux dans le cas d'insomnie, de crampes épileptiques, de pollutions nocturnes. Les doses les plus favorables sont de 2 à 3 gr. p. d. Si on augmente légèrement la dose et si les solutions sont très déliées on n'a rien à craindre du côté des muqueuses nasale et respiratoire.

Une comparaison permet de conclure que les formes de la syphilis dans l'âge avancé sont plus faibles que dans le jeune âge, et l'issue de la maladie est plus favorable.

Voulant connaître l'opinion actuelle du professeur Sigmund, nous l'avons prié de vouloir bien compléter son premier travail. Voici la lettre qu'il nous a adressée :

Vienne, 14 mars 1881.

Monsieur et cher collègue,

Je m'empresse de répondre en vous envoyant des notes sur mon travail « la syphilis dans l'âge avancé. »

Je n'ai rien à ajouter en ce qui concerne le développement des formes primitives. La forme herpétique de la sclérose y est beaucoup plus rare que dans la jeunesse et dans l'âge adulte, et encore plus rare chez les femmes.

Chose curieuse, la destruction rapide de la sclérose par dégénérescence (gangréneuse) reste toujours une rareté, même dans le cas où les conditions ordinaires où ces lésions existent. Les scléroses sont, en outre, principalement plates, cutanées, parcheminées. Elles fournissent un détritit superficiel, se durcissent vite, si on ne les a pas maltraitées par des caustiques ou mécaniquement. Les tumeurs volumineuses des glandes lymphatiques se forment plus rarement. De même l'érythème est toujours très modéré et manque quelquefois chez certains individus. La formation des papules était moindre, la papule elle-même est plus petite, plus aplatie, se traîne longtemps et laisse des taches bleues. Chez les femmes, surtout, on ne voit guère la formation de papules en masse (massive); mais on trouve chez elles des infiltrations plissées, surtout à l'anus, et des fissures qui se sont nécrosées superficiellement et ressemblaient au carcinome, lorsque leur gonflement prenait la forme noueuse.

Je soigne actuellement une dame de 60 ans qui, il y a 20 ans, avait accouché pour la troisième et dernière fois et chez laquelle la sclérose est caractéristique; son siège est sur la portion vaginale, grandes et petites lèvres. Comme les petites lèvres étaient fortement tuméfiées, très dures et pleines de gerçures, saignaient souvent, on prenait l'affection pour un carcinome et on le traitait comme tel, c'est-à-dire qu'on voulait l'opérer, mais une éruption papuleuse, la tuméfaction des ganglions lymphatiques, la chute des cheveux, plus récemment des ulcérations tonsillaires avec enduit diphthéritique, de la céphalée typique, accablante, et une éruption papuleuse sur le tronc, me décidèrent à donner le traitement par friction et local (avec acide salicylique). La guérison avance très rapidement.

Dans les deux dernières années, j'ai observé plus souvent des affections parétiques et tabétiques du système nerveux, surtout chez les femmes. Décidément, nous y attachons plus d'attention dans ces derniers temps, et, probablement, sommes-nous disposés, faute de mieux, à considérer la syphilis comme cause étiologique de ces sortes d'affections énigmatiques. Les mercurantimaniaques peuvent accuser le mercure. Pour moi, j'étudie mes cas encore quelque temps, et c'est seulement après cette

étude que je pourrai me prononcer là-dessus avec une exactitude relative.

Je n'ai vu que très rarement des cas de gommès circonscrites et locales bien caractérisées. — L'apparition de la syphilis, en même temps que le carcinome fibreux et épithélial, est un fait bien frappant dans l'âge avancé.

Il est très curieux que la syphilis soit très bénigne chez les tuberculeux, c'est-à-dire pas chez ceux qui sont trop déprimés ou avancés, mais chez ceux dont les symptômes sont assez manifestes et qui même, de temps à autre, offrent des exacerbations violentes.

Je m'étonne de ne pas avoir vu une réinfection non douteuse ; des cas qu'on prenait pour cela étaient des gommès, toutefois le fait est rare.

Quant à la thérapeutique, j'ajouterai encore que dans les formes ulcéreuses, l'iodoforme agit excellemment. Je prescris parties égales d'iodoforme et de lactate de sucre en poudre, ou

Iodoforme.....	1,50
Baume du Pérou.....	1

comme liniment, avec pansement à l'ouate salicylée.

Recommandez aux vieux des bains chauds de courte durée, un bon air et une alimentation substantielle.

Je suis, avec mes meilleurs sentiments, votre collègue dévoué.

SIGMUND.

Réflexions à propos du travail de Sigmund.

L'auteur affirme que l'incubation est plus longue chez le vieillard que chez l'adulte : nos faits concordent avec ceux du pathologiste viennois :

Certains syphiliographes ont dit : Un chancre suivant la contagion à bref délai annonce une vérole forte ; un chancre tardant longtemps à éclore présage une vérole faible : or, chez les personnes âgées, on voit survenir après la lésion primitive des syphilides intenses, rebelles, persistant des années, s'atténuant avec peine sous l'influence du traitement le plus rationnel, et cependant le chancre a été tardif ; la conclusion est donc que la proposition précédente ne saurait être admise.

« Les formes de la syphilis, dit Sigmund, sont, chez les vieillards, plus simples, plus favorables à la guérison : ni l'incubation prolongée, ni l'apparition tardive des formes secondaires, ni la récurrence ne changent rien à cette manière de voir. »

Distinguons : oui, les accidents primitifs sont rarement compliqués, bien que l'induration semble persister plus longtemps que chez l'adulte; mais les *accidents secondaires* sont souvent des plaques *cutanées* syphilitiques de Legendre, abondantes, tenaces; en même temps ou isolément: l'anus, l'orifice buccal, les organes génitaux se couvrent de plaques muqueuses, qui s'atténuent, récidivent et se perpétuent pendant un à deux ans, simulent parfois des lésions non spécifiques de ces organes. Nous avons même vu subvenir des syphilides malignes précoces, n'ayant guéri qu'après deux ou trois ans, à la suite d'un traitement mixte prolongé; après avoir passé par des phases d'anémie et même de cachexie syphilitiques, le nombre des globules descendait à 2, à 2,300,000 pour se relever au moment de la guérison à 4,000,000; l'hémoglobine arrivait à 80 gr. au lieu de 125 pour 1,000 p.; parfois même le chiffre était inférieur.

Il nous semble donc que Sigmund a beaucoup trop atténué l'intensité des syphilides dans l'âge avancé; les faits d'éruptions syphilitiques bénignes sont réels, mais plus rares que les syphilides sérieuses. Pour nous, ces éruptions sont plus graves pour le présent, plus rebelles au traitement à cette époque de la vie qu'à l'âge moins avancé. C'est pour ces syphilides exanthématiques que la proposition de Ricord est exacte: « Si vous voulez avoir la vérole, dit-il, profitez du moins pour cela du temps où vous êtes jeune, car il ne fait pas bon de lier connaissance avec elle quand on est vieux. » Toutefois, ce n'est point exact pour les accidents primitifs, ni absolument pour les accidents tertiaires, qui manquent peut-être plus souvent chez les vieillards qu'à un âge moins avancé.

« C'est entre 16 et 30 ans, dit Sigmund, qu'on voit se développer les formes les plus graves du côté des viscères, tandis que plus tard on ne voit pas ces perturbations. » Ici encore nous ne saurions souscrire à cette manière de voir : dans la période secondaire de la syphilis de l'âge avancé, nous avons vu coïncider des troubles nerveux graves avec des syphilides exanthématiques; il y a à peine quelques mois, un homme de 75 ans, atteint d'une syphilide secondaire, a failli succomber à des manifestations syphilitiques cérébrales, il a eu du délire avec agitation, légères convulsions et une monoplégie droite. Sa guérison, en 15 jours, à la suite de frictions mercurielles et de l'administration, à haute dose, d'iode de potassium, est venu confirmer le diagnostic. Chez un autre, âgé de 70 ans, et arrivé à la même période, avec plaques syphilitiques généralisées, nous avons vu survenir une paraplégie aiguë, très améliorée après 3 semaines de traitement mixte, et guérie après un mois et demi.

La conclusion est donc que les manifestations cutanées de la syphilis

contractée à un âge avancé sont souvent sérieuses, que des localisations viscérales graves peuvent se produire et parfois même compromettre les fonctions du système cérébro-spinal, comme nous en avons vu plusieurs exemples, où la thérapeutique, étant intervenue trop tard, les malades sont restés infirmes.

Pour les accidents tertiaires, la proposition de Sigmund ne saurait être admise dans toute sa généralité. Nous suivons depuis 12 ans des sujets ayant contracté la syphilis entre 50 et 60 ans; chez plusieurs nous avons constaté l'apparition de périostites gommeuses, de gommes hépatiques et cérébrales; l'un est atteint d'une gomme ulcérée du deltoïde, un autre de gommes périarticulaires du genou gauche. Chez d'autres malades, qui ont raconté avoir eu la syphilis entre 50 et 55 ans, nous avons vu des perforations de la voûte palatine, des gommes de la peau et du foie.

Ces localisations tertiaires offrent : 1° une grande lenteur de la résolution, même sous l'influence d'un traitement rationnel; leur marche est lente, chronique; si l'os est atteint, les suppurations sont interminables; 2° des *poussées successives*, à périodes plus ou moins éloignées; s'il s'agit de syphilides ulcéreuses circonscrites, on les voit guérir sur un point, récidiver à la périphérie ou ailleurs, et l'éruption se perpétue ainsi pendant des années. De même pour les nids de gommes syphilitiques, quel que soit leur siège, surtout lorsque le périoste et l'os sont atteints : la guérison est en apparence complète, il y a une cicatrice osseuse, on se félicite du traitement; un beau jour la plaie commence à être douloureuse, l'ulcère se rétablit, de nouveaux séquestres s'éliminent, et les choses marchent ainsi pendant des années; le vieillard succombe parfois à une maladie intercurrente avant la guérison. A l'autopsie, on constate des gommes jeunes, d'autres plus âgées s'accompagnant de *scléroses* : les *repullulations lentes* appartiennent à la syphilis de la vieillesse, cela se conçoit en raison de la nutrition qui est peu active.

Lorsque les lésions envahissent le crâne et l'encéphale, surtout les enveloppes, les troubles fonctionnels se traduisent par un ensemble de symptômes qui rappellent tantôt le ramollissement cérébral diffus ou circonscrit, tantôt la démence sénile ou l'hypochondrie; presque jamais les paralysies ne sont complètes; ordinairement ce sont des parésies, des monoplégies ou de simples troubles vésaniques sans paralysie: nous avons acquis plus d'une fois la preuve, par l'examen direct, que des sujets regardés par des pathologistes compétents, comme atteints d'une monomanie, de paralysie générale, d'hypochondrie, n'étaient que des malades atteints de gommes avec ou sans sclérose de la dure-mère, l'examen histologique ne laissait aucun doute sur ce point.

Le diagnostic présente souvent de grandes difficultés : ce n'est que par

un examen prolongé que l'on arrive à *soupçonner* l'origine syphilitique de ces troubles cérébraux, difficiles à reconnaître chez l'adulte, à plus forte raison chez les vieillards, où les symptômes sont moins nets, moins accentués, plus voilés qu'à un autre âge. Souvent ce sont des signes qui appartiennent à une foule de maladies nerveuses vulgaires ; le diagnostic ne repose que sur des nuances, mais nuances qui, dans l'espèce, peuvent avoir une haute importance comme nous le verrons plus loin.

Comme conclusion générale, nous pouvons dire : les accidents secondaires sont souvent intenses, récidivants. A des accidents secondaires bénins peuvent succéder des accidents tertiaires graves, comme le fait arrive à un âge moins avancé.

En outre, le clinicien ne doit jamais oublier que la vieille syphilis est fruste, larvée même, qu'elle revêt, plus encore que chez l'adulte, l'apparence d'une maladie organique vulgaire : elle simule les affections cérébrales et médullaires de la vieillesse ; parfois elle fait croire à des écrouelles scrofuleuses alors qu'il s'agit de gommès ganglionnaires ; dans la mamelle, la peau, les orifices naturels, elle revêt l'apparence d'épithélioma ; plus d'une fois nous avons constaté ces essais de diagnostic, démontrés par la thérapeutique spécifique, laquelle avait raison de ces prétendues tumeurs malignes, qui disparaissaient lentement sous l'influence du traitement spécifique.

Chez les vieillards, comme chez les adultes, lorsqu'une maladie prétendue organique, quel que soit son âge, présente une *anomalie*, il faut songer à la syphilis.

(A suivre.)

NOTE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ECZÉMA

Par ERNEST GAUCHER

Interne lauréat des Hôpitaux de Paris, préparateur des travaux d'histologie
à la Faculté de médecine.

(Travail du laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine.)

Les traités classiques sur les maladies de la peau ne renferment aucune notion précise sur l'anatomie pathologique de l'eczéma. Les auteurs mentionnent seulement les altérations de l'épiderme qui constituent la vésicule, et, encore, l'histologie de la vésicule eczémateuse a-t-elle été décrite surtout par analogie, d'après l'étude des *vésicules artificielles* et expérimentales produites par l'application de l'huile de croton (1).

Dans ces derniers temps, un certain nombre de dermatologistes, tant en Allemagne qu'en France, ont essayé de déterminer d'une façon plus précise les lésions propres de l'eczéma. Mais leurs descriptions sont souvent confuses et même incompréhensibles, et ne concordent pas les unes avec les autres. Dans tous les cas, aucune de ces descriptions ne rend compte des deux phénomènes essentiels de cette éruption cutanée : le suintement abondant et prolongé, d'une part, et, d'autre part, la desquamation incessante.

Je n'ai pas la prétention de donner une explication anatomique irréfutable de ces deux symptômes, ni d'établir définitivement l'histologie pathologique de l'eczéma; je désire seulement exposer les lésions que j'ai trouvées dans un cas d'eczéma généralisé chez un homme mort à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Hillairet, au mois de septembre 1879. Peut-être cette observation servira-t-elle à attirer l'attention sur les altérations que je vais décrire et à provoquer de nouvelles recherches; car je ne me dissimule pas que les résultats que j'ai obtenus ont besoin d'une confirmation ultérieure. Cependant, il n'est pas inutile d'ajouter qu'avant de publier cette note, j'ai communiqué mes dessins à

(1) Ces expériences ont été faites surtout sur l'oreille du lapin blanc.

M. le professeur A. Fournier qui, ne les jugeant pas indignes de son enseignement, a bien voulu en faire mention dans son cours.

Avant d'entrer dans les détails de l'examen microscopique, il me semble nécessaire de rapporter en quelques mots l'histoire clinique du malade sur lequel ont porté mes recherches.

C'était un homme de 55 ans qui, sans cause appréciable, fut atteint d'un eczéma discret et disséminé de la face et des membres. Il lotionna maladroitement ses plaques eczémateuses avec une solution d'acide phénique, et, de subaigu et discret qu'il était, son eczéma devint aigu et généralisé. C'est dans cet état qu'il entra à l'hôpital Saint-Louis. L'éruption recouvrait alors la totalité du corps, la face, le tronc et les membres, et ne tarda pas à envahir les lèvres et la muqueuse de la langue. La peau était rouge, gonflée, chaude, douloureuse, couverte de croûtes jaunâtres. — L'urine, examinée avec soin, ne renfermait ni sucre ni albumine. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, le malade fut pris d'une diarrhée abondante et incessante. Il s'affaiblissait de jour en jour, maigrissait rapidement et répandait une odeur fétide. — On institua un traitement local émollient avec des cataplasmes, des bains d'amidon et le régime lacté, et un traitement général tonique pour combattre la cachexie; malgré tout, le malade succomba un mois après son entrée à l'hôpital, deux mois après le début de l'éruption cutanée.

A l'autopsie, en dehors des altérations de la peau et des muqueuses, j'ai trouvé seulement une *congestion intense et générale de tous les viscères*, comparable à celle qu'on rencontre à la suite des brûlures très étendues des téguments. Le foie était volumineux et gorgé de sang; la rate grosse et dure; les reins et les poumons, surtout le poumon gauche, étaient très congestionnés; mais il n'y avait pas d'hépatisation. L'endocarde était rouge et enflammé; le sang était noir et diffluent, sans caillots.

Examen microscopique.

Cet examen a porté sur la peau de l'avant-bras, du dos de la main, du dos du pied et du cuir chevelu, sur les muqueuses de la langue, de l'œsophage et de la trachée.

Je décrirai successivement les altérations de la peau et celles des muqueuses, les lésions du derme et celles de l'épiderme.

I. LÉSIONS DE LA PEAU.

A. Lésions du derme.

L'eczéma est essentiellement une inflammation de la peau; c'est donc dans les vaisseaux du derme, et particulièrement dans ceux du corps

papillaire, qu'il faut chercher la lésion originelle de cette affection cutanée, comme celle de toutes les dermatoses inflammatoires.

Dans le cas actuel, en effet, les vaisseaux superficiels du derme et des papilles sont congestionnés et pleins de globules sanguins accumulés. Cette hyperémie explique la rougeur de la peau, sa persistance peut expliquer aussi l'exsudation séreuse abondante qui est un des phénomènes caractéristiques de l'eczéma.

On voit de plus, sur nos préparations, que le derme présente une autre altération. Les papilles et la portion dermique sous-jacente sont infiltrées d'éléments embryonnaires, noyaux et cellules du tissu conjonctif, proliférés ou de nouvelle formation : ce fait me semble très important, car il montre, dans les cas où l'inflammation a duré un certain temps, comment les éléments hyperplasés peuvent, en suivant leur évolution complète et en passant à l'état de fibres lamineuses, produire l'épaississement et l'induration de la peau qu'on observe dans les vieux eczémata chroniques.

En résumé, les lésions du derme dans l'eczéma sont :

- 1° La congestion des vaisseaux papillaires.
- 2° La prolifération des noyaux et des cellules du tissu conjonctif.

B. Lésions de l'épiderme.

Ce qui frappe tout d'abord sur les coupes de la peau, dans toutes les régions que j'ai examinées, c'est un aspect particulier du corps muqueux de Malpighi qui semble parsemé de vésicules brillantes, assez régulièrement sphériques ou légèrement ovoïdes ; ce sont des cellules épidermiques qui ont subi la *transformation vésiculeuse*, avec disparition complète du noyau. Ces cellules, en nombre variable, sont un peu plus volumineuses que les autres. Elles représentent le premier degré d'altération du corps muqueux.

Le second degré s'observe dans quelques colonnes interpapillaires, dont les cellules centrales ont subi une dégénération plus avancée. Comme on le voit sur la figure 2, ces cellules sont même souvent complètement détruites, et le centre de la colonne interpapillaire est alors constitué par une sorte de reticulum fin, irrégulier, n'ayant pas d'apparence cellulaire, et dont les mailles renferment des éléments nucléiformes et des granulations. Les travées du reticulum sont formées sans doute par les débris des cellules détruites. Les corps nucléiformes, d'après leur aspect et leur volume, sont vraisemblablement des leucocytes. Si l'on admet cette interprétation, le foyer central d'altération des colonnes interpapillaires pourrait être alors considéré comme le point de départ de la formation des vésicules eczémateuses qui siègent, en effet, ainsi que l'a montré

Vulpian, dans le corps muqueux lui-même, et non au-dessous de la couche cornée comme on le croyait jadis. Il faut reconnaître aussi que cette double altération de l'épiderme est probablement la cause de la desquamation incessante et si longtemps prolongée qui suit l'éruption vésiculeuse de l'eczéma.

Enfin, j'ai trouvé sur la plupart de mes préparations une autre lésion que je dois mentionner brièvement. Cette lésion est le *décollement en masse de l'épiderme* qui se trouve par places complètement séparé du corps papillaire. Si l'on m'objecte que ce décollement peut être le résultat d'un vice de préparation ou d'une maladresse dans la coupe, je rappellerai quelle est habituellement l'adhérence de la couche basilaire de l'épiderme avec les papilles; l'union intime du derme et de l'épiderme est assurée par la présence d'une mince lame de substance amorphe interposée entre les cellules basilaires et la couche papillaire, et qui n'est autre chose que la condensation de la matière amorphe qui existe normalement dans les papilles. Cette adhérence est telle, que jamais, sur les coupes de peau normale ou pathologique, la couche basilaire n'est séparée des papilles. Dans la variole, où cependant l'exsudation vasculaire du derme tend à disjoindre tous les éléments, les cellules basilaires restent unies au corps papillaire, et ce sont les cellules de la partie supérieure du corps muqueux qui sont dissociées pour la formation de la vésico-pustule. Je crois donc que la coupe la plus maladroite ne saurait opérer la disjonction des papilles et de la couche basilaire de l'épiderme, s'il n'existait une altération pathologique spéciale pour expliquer cette désunion, et, dans l'espèce, j'en conclus que le décollement de l'épiderme doit être considéré comme une lésion.

En résumé, les lésions de l'épiderme dans l'eczéma sont :

- 1° La transformation vésiculeuse d'un certain nombre des cellules du corps muqueux.
- 2° La destruction complète des cellules malpighiennes du centre de quelques colonnes interpapillaires.
- 3° La disjonction du corps papillaire et de l'épiderme, de distance en distance.

II. LÉSIONS DES MUQUEUSES.

Les muqueuses de l'œsophage et de la trachée ne présentent aucune lésion. La muqueuse linguale est seule altérée.

Dans le chorio muqueux de la langue, on trouve les mêmes altérations que dans le derme cutané : la *congestion vasculaire* et l'*infiltration embryonnaire des papilles*; il est inutile de revenir sur ce point. Je

as de la
aussi que
la des-
on vési-

re lésion
ment ex
paré du
résultat
je rap-
itaire de
épiderme
he inter-
est autre
nalement
roupes de
des pa-
du derme
ent unies
du corps
stule. Je
disjunc-
n'existait
union, et,
être con-

ellules du

centre de

istance en

nt aucune

nes altéra-

l'infiltra-

e point. Je

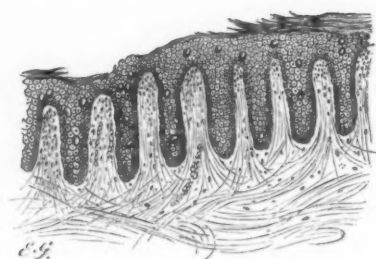


FIGURE III.

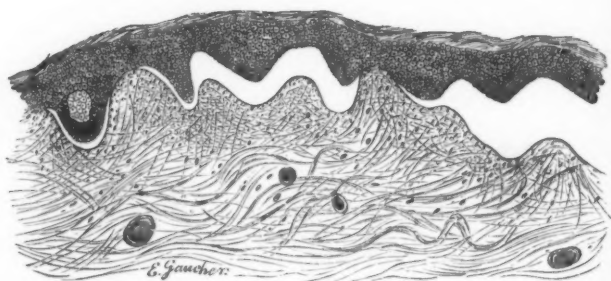


FIGURE IV.

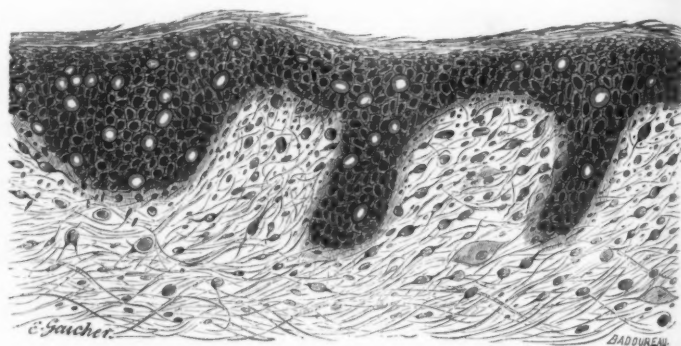


FIGURE I.

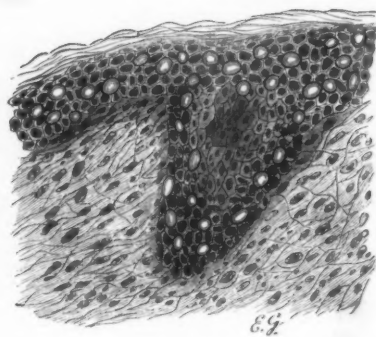


FIGURE II.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ECZÉMA.

n'insiste pas non plus sur la *transformation vésiculeuse des cellules malpighiennes* qui est, dans la muqueuse linguale, ce qu'elle est dans l'épiderme. Mais la surface de la langue présente de plus des *exulcérations nombreuses*. Ces ulcérations superficielles comprennent non seulement la couche cornée, mais aussi une portion du corps muqueux, comme on le voit sur la figure 3. Elles sont plus ou moins étendues, mais jamais elles n'atteignent la profondeur de l'épiderme.

CONCLUSIONS.

Les lésions de la peau et des muqueuses dermo-papillaires, dans l'eczéma, sont les suivantes :

- 1° La congestion des vaisseaux papillaires et l'infiltration embryonnaire du derme et des papilles.
- 2° La transformation vésiculeuse des cellules malpighiennes et la destruction complète du centre de quelques colonnes interpapillaires.
- 3° Le décollement partiel de l'épiderme.
- 4° Des exulcérations.

EXPLICATION DES FIGURES DES PLANCHES II ET III.

Fig. 1. Transformation vésiculeuse des cellules du corps muqueux. Premier degré d'altération de l'épiderme.

Fig. 2. Destruction complète des cellules centrales d'une colonne interpapillaire. Deuxième degré d'altération de l'épiderme.

Fig. 3. Eczéma de la langue. — Transformation vésiculeuse des cellules épidermiques. On voit, à gauche, une exulcération.

Fig. 4. Décollement en masse de l'épiderme.

NOTE SUR UN CAS DE LUPUS DE LA FACE. — EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Par MM. **CHANDELUX**, maître de conférences d'histologie à la Faculté de Lyon;
et **REBATEL**, chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

Observation.

X..., âgé de 25 ans, exerçant la profession de mineur, entre à la clinique de l'Antiquaille (service de M. le professeur Gailleton), pour une plaque de lupus située au milieu de la joue gauche.

Ce malade, dont l'hérédité n'offre rien d'intéressant, fait remonter le début de son affection à l'âge de 8 ou 10 ans. Dès cette époque il aurait eu à la joue gauche un petit bouton, qu'il grattait fréquemment et qui, restant longtemps stationnaire, n'aurait commencé à s'étendre que depuis deux ans. Actuellement le malade se plaint seulement d'une légère démangeaison qui se transforme, sous l'influence du froid, en une cuisson assez pénible.

La lésion forme sur la joue gauche une plaque ronde de 2 centimètres de diamètre, légèrement saillante, d'une coloration rouge brun; sa surface est mamelonnée; chaque mamelon est recouvert de petites croûtelles blanchâtres; entre eux la peau est comme rétractée et cicatricielle, d'où formation de petits sillons entre les saillies mamelonnaires.

En pinçant la lésion dans un pli de la peau, on la trouve dure et infiltrée dans toute son épaisseur. Sur la face, les orifices des glandes sébacées sont légèrement dilatés. Le malade a remarqué qu'un excès de boisson, même léger, rend de suite la plaque plus rouge et plus saillante.

On circonscrivit ce petit lupus, très nettement limité, entre deux incisions elliptiques et on l'enleva, en comprenant dans l'excision toute l'épaisseur de la peau. La plaie se réunit par première intention et ne laissa qu'une cicatrice linéaire à peine visible.

Examen histologique. — La portion de derme atteinte de la lésion lupéuse, enlevée au bistouri, fut déposée dans l'alcool à 92°, puis successivement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, de façon à être convenablement durcie. Des coupes régulières en furent faites, colorées au picro-carmin, montées dans la glycérine et soumises à l'analyse histologique. Les renseignements fournis sur la structure de cette pièce par les grossissements faibles, étant peu importants, nous nous contenterons

d'indiquer, dans ce qui va suivre, ceux que permettait d'obtenir l'examen à l'aide de l'oc. 1 et de l'obj. 6 de Verick.

A ce grossissement, il est facile de voir que les lésions occupent à la fois l'épiderme et le derme, tout en étant prédominantes dans ce dernier et y affectant des caractères nettement tranchés. Nous les étudierons successivement dans ces deux couches différentes de la peau.

Lésions du derme. — Le derme, dans toute la portion malade, a subi des modifications profondes. A sa trame conjonctive feutrée et entrelacée se sont substituées d'innombrables cellules embryonnaires, disposées en îlots plus ou moins volumineux, de forme tantôt arrondie, tantôt régulière. Partout où ces cellules se sont rassemblées, les faisceaux conjonctifs ont disparu ; les espaces intercellulaires sont remplis par une substance amorphe, à peine granuleuse de distance en distance, mais ne présentant jamais une disposition fibrillaire quelconque. Les éléments embryonnaires ne sont point distribués sans ordre, et pour ainsi dire comme à l'état d'infiltration, au sein de la trame dermique. Bien au contraire, leur réunion constitue deux ordres d'îlots : les *îlots primitifs* et les *îlots secondaires*, absolument semblables dans leur structure et leur évolution aux îlots primitifs et secondaires dont M. Larroque, dans une thèse récente (1) faite sous l'inspiration de l'un de nous, a signalé l'existence et donné la description dans un grand nombre de lupus dont il a pu faire l'examen histologique. Nous n'avons donc pas l'intention de décrire à nouveau ici, dans tous leurs détails, les divers éléments qui entrent dans la constitution de chacun des îlots, ainsi que la manière dont ils se disposent les uns par rapport aux autres. Il nous suffira d'indiquer les principales particularités qui les caractérisent.

Chaque îlot primitif représente sur les coupes une surface ovale ou arrondie. Il est entouré par des faisceaux conjonctifs lui formant une sorte de gaine ou d'enveloppe et le séparant des fibres conjonctives voisines non envahies par les cellules embryonnaires. Au centre de chacun de ces îlots existent un ou plusieurs éléments cellulaires appartenant à la variété dite *cellules géantes*, c'est-à-dire offrant un contour irrégulier, souvent difficile à préciser et un nombre variable de noyaux disposés tantôt irrégulièrement au sein de la masse granuleuse de l'élément, tantôt, au contraire, groupés autour de sa périphérie, de façon à lui constituer une sorte de chapelet ou de couronne que la coloration rouge par le carmin fait ressortir avec la dernière évidence. Autour de la cellule géante centrale, on rencontre des éléments cellulaires, de forme polyédrique, constituant une zone épithélioïde. Cette zone conserve une coloration

(1) Recherches sur l'anatomie et la signification pathologiques du lupus, thèse de Lyon, 1880.

IV

NOTE SUR UN CAS DE LUPUS DE LA FACE. — EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Par MM. **CHANDELUX**, maître de conférences d'histologie à la Faculté de Lyon;
et **REBATEL**, chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

Observation.

X..., âgé de 25 ans, exerçant la profession de mineur, entre à la clinique de l'Antiquaille (service de M. le professeur Gailleton), pour une plaque de lupus située au milieu de la joue gauche.

Ce malade, dont l'hérédité n'offre rien d'intéressant, fait remonter le début de son affection à l'âge de 8 ou 10 ans. Dès cette époque il aurait eu à la joue gauche un petit bouton, qu'il grattait fréquemment et qui, restant longtemps stationnaire, n'aurait commencé à s'étendre que depuis deux ans. Actuellement le malade se plaint seulement d'une légère démangeaison qui se transforme, sous l'influence du froid, en une cuisson assez pénible.

La lésion forme sur la joue gauche une plaque ronde de 2 centimètres de diamètre, légèrement saillante, d'une coloration rouge brun; sa surface est mamelonnée; chaque mamelon est recouvert de petites croûtelles blanchâtres; entre eux la peau est comme rétractée et cicatricielle, d'où formation de petits sillons entre les saillies mamelonnaires.

En pinçant la lésion dans un pli de la peau, on la trouve dure et infiltrée dans toute son épaisseur. Sur la face, les orifices des glandes sébacées sont légèrement dilatés. Le malade a remarqué qu'un excès de boisson, même léger, rend de suite la plaque plus rouge et plus saillante.

On circonscrit ce petit lupus, très nettement limité, entre deux incisions elliptiques et on l'enlève, en comprenant dans l'excision toute l'épaisseur de la peau. La plaie se réunit par première intention et ne laisse qu'une cicatrice linéaire à peine visible.

Examen histologique. — La portion de derme atteinte de la lésion lupoïde, enlevée au bistouri, fut déposée dans l'alcool à 92°, puis successivement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, de façon à être convenablement durcie. Des coupes régulières en furent faites, colorées au picro-carmin, montées dans la glycérine et soumises à l'analyse histologique. Les renseignements fournis sur la structure de cette pièce par les grossissements faibles, étant peu importants, nous nous contenterons

d'indiquer, dans ce qui va suivre, ceux que permettait d'obtenir l'examen à l'aide de l'oc. 4 et de l'obj. 6 de Verick.

A ce grossissement, il est facile de voir que les lésions occupent à la fois l'épiderme et le derme, tout en étant prédominantes dans ce dernier et y affectant des caractères nettement tranchés. Nous les étudierons successivement dans ces deux couches différentes de la peau.

Lésions du derme. — Le derme, dans toute la portion malade, a subi des modifications profondes. A sa trame conjonctive feutrée et entrelacée se sont substituées d'innombrables cellules embryonnaires, disposées en îlots plus ou moins volumineux, de forme tantôt arrondie, tantôt régulière. Partout où ces cellules se sont rassemblées, les faisceaux conjonctifs ont disparu ; les espaces intercellulaires sont remplis par une substance amorphe, à peine granuleuse de distance en distance, mais ne présentant jamais une disposition fibrillaire quelconque. Les éléments embryonnaires ne sont point distribués sans ordre, et pour ainsi dire comme à l'état d'infiltration, au sein de la trame dermique. Bien au contraire, leur réunion constitue deux ordres d'îlots : les *îlots primitifs* et les *îlots secondaires*, absolument semblables dans leur structure et leur évolution aux îlots primitifs et secondaires dont M. Larroque, dans une thèse récente (1) faite sous l'inspiration de l'un de nous, a signalé l'existence et donné la description dans un grand nombre de lupus dont il a pu faire l'examen histologique. Nous n'avons donc pas l'intention de décrire à nouveau ici, dans tous leurs détails, les divers éléments qui entrent dans la constitution de chacun des îlots, ainsi que la manière dont ils se disposent les uns par rapport aux autres. Il nous suffira d'indiquer les principales particularités qui les caractérisent.

Chaque îlot primitif représente sur les coupes une surface ovalaire ou arrondie. Il est entouré par des faisceaux conjonctifs lui formant une sorte de gaine ou d'enveloppe et le séparant des fibres conjonctives voisines non envahies par les cellules embryonnaires. Au centre de chacun de ces îlots existent un ou plusieurs éléments cellulaires appartenant à la variété dite *cellules géantes*, c'est-à-dire offrant un contour irrégulier, souvent difficile à préciser et un nombre variable de noyaux disposés tantôt irrégulièrement au sein de la masse granuleuse de l'élément, tantôt, au contraire, groupés autour de sa périphérie, de façon à lui constituer une sorte de chapelet ou de couronne que la coloration rouge par le carmin fait ressortir avec la dernière évidence. Autour de la cellule géante centrale, on rencontre des éléments cellulaires, de forme polyédrique, constituant une zone épithélioïde. Cette zone conserve une colora-

(1) Recherches sur l'anatomie et la signification pathologiques du lupus, thèse de Lyon, 1880.

tion jaunâtre sous l'action du picro-carmin et les noyaux des cellules que l'on y rencontre ne peuvent être décelés par l'emploi du réactif colorant. En dehors de cette zone, nous en trouvons une seconde, la zone embryonnaire, dans laquelle tous les éléments offrent les caractères des cellules jeunes, se colorent énergiquement en rouge par le picro-carmin et arrivent jusqu'au contact des faisceaux conjonctifs qui entourent l'îlot.

D'après cette structure, il est facile de voir qu'un semblable îlot répond par sa constitution à la lésion anatomique connue sous le nom de follicule tuberculeux. De plus, la non-coloration par le carmin du noyau des cellules de la zone épithélioïde et de ces cellules elles-mêmes indique que déjà elles sont frappées de mort, destinées à devenir, par leur désintégration, l'origine de masses ou produits caséux.

Les îlots secondaires ne sont pas autre chose que la réunion ou l'agglomération d'îlots primitifs, à cette différence près que les faisceaux conjonctifs concentriques formant une espèce d'enveloppe autour de chaque îlot primitif ont disparu. Ils persistent seulement à la périphérie de l'aire occupée par l'îlot secondaire, tandis que dans l'étendue de celle-ci on ne peut découvrir aucune travée ou prolongement fibreux. Par contre, les zones embryonnaires conservent leurs caractères. On les voit parcourir, sous forme de trainées rouges, l'aire de chaque îlot secondaire, la divisant en une série de petits espaces ovalaires ou arrondis, dont chacun offre une cellule géante semblable à celle déjà décrite et une zone de cellules épithélioïdes en voie d'évolution caséuse. Il résulte de là que si l'îlot primitif répond au follicule tubercule ou à la granulation tuberculeuse isolée, l'îlot secondaire représentera ici les granulations tuberculeuses confluentes.

Lésions de l'épiderme. — L'épiderme persiste à la surface de la peau. Il n'existait donc aucune ulcération, bien que, en certains points, l'épaisseur du revêtement épithélial épidermique ait subi une diminution très considérable. Sur les préparations on peut voir que les prolongements interpapillaires de l'épiderme ont disparu en beaucoup d'endroits. En ces points, les cellules embryonnaires, disposées en îlots primitifs ou secondaires, se mettent en contact avec la couche des cellules génératrices, qui, par suite de la disparition des papilles du derme, affecte une disposition planiforme. Les différentes couches de l'épiderme ne peuvent plus être distinguées : tout au plus aperçoit-on, au-dessus des cellules cylindriques de la couche génératrice, quelques cellules polyédriques représentant le stratum de Malpighi. Immédiatement au-dessus de ces dernières on découvre deux ou trois rangées de cellules aplaties, constituant à elles seules toute la couche cornée : encore est-il manifeste qu'elles ont éprouvé des troubles considérables dans le processus de leur transformation

cornée, car c'est à peine si elles prennent par le micro-carmin une légère coloration jaunâtre, tandis que l'on sait que les cellules cornées de l'épiderme normal se colorent, au contraire, en jaune vif dans les mêmes conditions. Nulle part, les couches épidermiques ne sont soulevées par de la sérosité ; aucune vésicule n'est en voie de formation.

En un mot, la lésion de l'épiderme consiste ici en une atrophie manifeste, consécutive au travail de destruction qui a été désigné ailleurs (1) sous le nom de corrosion épidermique. Par les progrès du travail pathologique, la mince barrière offerte à la lésion dermique se serait un jour trouvée réduite à néant et l'ulcération de la peau aurait pris naissance.

Les caractères importants de cette affection sont, ainsi que nous l'avons dit, les lésions du derme. Celles-ci doivent anatomiquement être confondues avec les lésions de la tuberculose et nous devons dire qu'il s'agit dans ce cas, ainsi que dans ceux dont M. Larroque a fait l'examen, de tuberculose de la peau. C'est ce point seul que nous désirions surtout mettre en évidence, afin de donner un nouvel exemple d'une affection dont la lésion anatomique, souvent discutée, est ici encore absolument semblable à celle qu'ont rencontrée Friedländer, Köster, etc., c'est-à-dire qu'elle consiste en une production de granulations tuberculeuses intra dermiques, isolées ou confluentes.

(1) Voir thèse de Larroque.

V

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA SYPHILIS VISCÉRALE ET PARTICULIÈREMENT SUR LA SYPHILIS RÉNALE (NÉPHRITES D'ORIGINE SPÉCIFIQUE),

par M. **BARTHÉLEMY**, chef de clinique de la Faculté, à Saint-Louis.

Comme préambule de ce petit travail, je rapporterai le compte rendu, traduit dans le *British medical journal* (31 janvier 1880), d'une séance de la *Société clinique de Londres* (20 janvier 1880), présidée par M. Jonathan Hutchinson. On verra qu'à l'étranger, comme en France, la syphilis viscérale et la syphilis héréditaire sont des questions d'actualité et l'objet des études des médecins.

Syphilis héréditaire tardive.

« Le Dr COUPLAND, à titre d'exemple, rapporte deux cas de syphilis héréditaire tardive. »

I. *1^{er} cas.* — Une jeune fille, âgée de 13 ans était admise à l'hôpital Middlesex, dans le service du Dr Greenhow, en septembre 1877, souffrant, depuis dix mois, d'une hydropisie d'origine rénale. Il y avait, dans le côté droit de l'abdomen, une tumeur dure et irrégulière, en rapport avec le foie, et l'on déduisait sa nature syphilitique des faits suivants :

La jeune malade était la septième d'une famille de douze enfants, y compris trois morts-nés. Quatre de ceux qui naquirent vivants moururent dans l'enfance, plusieurs d'entre eux après avoir présenté quelques-uns des signes les plus habituels de la syphilis congénitale. — Cette enfant avait les dents incisives crénelées, ébréchées, et portait une opacité de la cornée. Elle mourut en décembre 1877 des suites de son affection rénale. — Le foie était considérablement déformé et contenait, dans son lobe droit, deux vastes gomme, non encore ramollies. La rate pesait 9 onces et demi, soit 117 grammes, et était indurée, mais non lardacée (amyloïde). Les reins portaient toutes les marques d'une *néphrite parenchymateuse*.

II. — *2^e cas.* — Une jeune fille, fort peu développée, mourut en novembre 1879, à l'âge de 18 ans et demi.

Elle était d'une famille de treize enfants, dont sept avaient succombé en bas-âge, et dont deux ne comptaient qu'à titre d'avortons.

On ne trouvait, dans les antécédents personnels de la malade aucune

trace de syphilis infantile ; sa santé avait été bonne jusqu'en 1876, époque à laquelle elle commença à souffrir notablement d'une tumeur développée non loin du genou. Celle-ci fut suivie d'autres nodosités de la région antérieure de la jambe et des avant-bras ; et, en octobre 1878, elle dut se faire soigner pour une nécrose de l'os frontal. Elle mourut d'une *néphrite* et d'un *phlegmon* de la jambe droite, consécutif à la *suppuration d'une tumeur gommeuse du tibia*.

A l'autopsie, on trouva, en rapport avec le tibia droit, un grand nombre de gommès périostiques, isolées, incomplètement développées ; il n'y avait, toutefois, aucune trace de nécrose superficielle correspondant à la gomme en voie de suppuration.

Le frontal était nécrosé et était le siège d'ostéomes gommeux, occupant aussi une partie de la région pariétale : l'un d'eux s'étendant aux deux tables.

Il y avait aussi de la périhépatite et une petite gomme dans la substance du foie, qui était lui-même extrêmement gras.

La rate pesait 13 onces, soit 433 grammes, était ferme, brillante, mais non lardacée.

Les reins étaient dans les mêmes conditions que ceux de la malade précédente.

Il y avait des dentelures et des striations caractéristiques sur les incisives médianes supérieures.

Ni dans l'un ni dans l'autre de ces cas, on n'est fondé à croire que la maladie ait pu être acquise, tandis que, chez les deux malades, l'état des dents et les antécédents héréditaires constituent une forte présomption et établissent une preuve presque évidente en faveur d'une infection héréditaire.

Le Dr COUPLAND constate la difficulté que l'on rencontre, dans cette classe de malades, à affirmer avec une absolue certitude l'existence des faits sur lesquels Lancereaux, le premier, a attiré l'attention ; mais, grâce aux progrès réalisés récemment dans la connaissance des lésions de la syphilis héréditaire, il est aujourd'hui possible de la reconnaître à des signes qui ne laissent plus de place au doute.

Il rappelle à ce propos deux cas analogues publiés, en 1874, par M. Laskewisch, professeur à Charkow, et insiste sur la fréquence avec laquelle — à part les dégénérescences amyloïdes ou lardacées — les affections des reins se rencontrent chez les sujets atteints de syphilis tertiaire.

Le président HUTCHINSON fait une réserve à propos de l'expression de *tardifs* appliquée à ces accidents. Des lésions, analogues à celles qui viennent d'être décrites, se montrent souvent d'une façon précoce et chez l'adulte. Pour sa part, il a vu nombre de cas semblables chez des sujets vivants, mais il n'en a observé que quatre ou cinq avec examen nécroscopique. Ces malades étaient généralement doués d'une grande résistance vitale, mais, *si la mort survenait comme effet de la syphilis, elle était généralement due à la néphrite*.

Le Dr BARLOW émet l'avis que les sujets atteints de syphilis congéni-

tale sont éminemment accessibles ou prédisposés à la néphrite. Il a vu un enfant mourir de néphrite parenchymateuse au moment où il présentait plusieurs symptômes de syphilis congénitale. Les reins n'étaient pas lardacés dans ce cas.

Le Dr MAHOMED pense que, dans la plupart des cas, la néphrite d'origine syphilitique est, au contraire, le fait d'une dégénérescence lardacée primitive. Il a observé plusieurs cas de « granular contracted kidney », petits reins rouges, granuleux et contractés, associés à la dégénérescence lardacée chez des malades syphilitiques.

Le Dr GREENFIELD croit aussi que la dégénérescence lardacée est la lésion primordiale dans ces cas ; il rapporte plusieurs faits à l'appui de son opinion.

Le Dr NORMANN MOORE a récemment observé un cas de rein granuleux et contracté chez une femme syphilitique, et cette lésion n'était pas associée à la dégénérescence amyloïde.

LE PRÉSIDENT dit que, dans un de ces cas, il n'y avait certainement pas trace de lésion lardacée. Le foie s'était tuméfié, à plusieurs reprises, pendant la vie, mais il avait toujours été inférieur à son volume normal. A la mort, il n'y avait pas la moindre dégénérescence lardacée. Le malade avait eu plusieurs hématuries.

Le Dr COUPLAND termine en disant que, dans son cas, il n'y avait de dégénérescence amyloïde dans aucun des organes. L'altération des reins portait uniquement sur l'épithélium. Il est convaincu que les sujets, souffrant depuis longtemps de syphilis, ont une véritable prédisposition à être atteints et à mourir de néphrite parenchymateuse. »

La discussion qu'on vient de lire, soulevée entre des hommes des plus compétents, est extrêmement importante en ce qu'elle attire fortement l'attention des médecins sur des lésions trop longtemps méconnues ou niées, à savoir les *manifestations viscérales de la syphilis*.

Nous regrettons toutefois, précisément parce que nous désirons que les faits rapportés à l'appui de l'opinion que nous soutenons soient incontestables, que l'examen microscopique des noyaux caséiformes, des masses « gommeuses », des foyers purulents, trouvés plus haut dans le foie ou dans les membres, n'ait pas été fait ou publié.

On ne saurait croire, en effet, combien, dans certains cas, il est facile de donner aux faits une interprétation erronée, alors même que la syphilis existe certainement et que les lésions présentent en apparence tous les caractères des gommages syphilitiques. Le microscope seul, dans ces cas, peut élucider et vider la question. Je n'en veux pour preuve que le cas suivant observé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Fournier, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques :

Observation I. — Une jeune femme, âgée de 17 ans, passementière, entre le 1^{er} avril 1880, et est couchée, salle Saint-Thomas, lit n° 6.

On ne trouve *aucun antécédent* de scrofule ni de tuberculose, soit chez ses ascendants, soit chez ses collatéraux. Il y a cinq mois que la malade a vu ses règles pour la dernière fois. C'est la première fois qu'elle est enceinte. Il y a trois mois, elle paraît avoir eu une vaginite; elle avait des pertes blanches et la miction était accompagnée de cuissons. A ce moment elle n'avait encore jamais présenté de boutons sur la peau ou les muqueuses. Ceux qu'elle porte actuellement aux lèvres ont apparu il y a à peu près un mois, époque où elle fut affectée de deux petites écorchures sur la lèvre inférieure, de chaque côté de la ligne médiane. Ces écorchures se sont ensuite recouvertes d'une croûte jaune, qui tombait sans douleur et laissait à nu des « plaies » rouges, lisses et peu profondes, mais assez larges. La malade avait déjà de petits ganglions sous-maxillaires, mais, avec les deux boutons, les ganglions de l'angle de la mâchoire ont grossi; ceux du côté droit, indolents, sont devenus durs et ont atteint la grosseur d'une noix.

Aujourd'hui, la lèvre inférieure est épaissie, déformée et rendue proéminente par la présence de deux nodosités dures, surtout à leur base. La portion supérieure de ces lésions est formée par la muqueuse érodée; la portion inférieure par des croûtes jaunes, minces, irrégulières.

Si j'insiste sur ces caractères, c'est pour qu'il soit bien manifeste que nous eûmes alors sous les yeux *l'accident spécifique primitif*.

Les amygdales sont volumineuses, mais sans syphilides opalines ni érosives.

L'état général est mauvais: anorexie, fièvre par accès, le soir et souvent pendant la journée; algidité périphérique, résistant même au séjour du lit.

Quelques jours après son entrée, la malade ressentit des points de côté très intenses, avec gêne de la respiration, qui auraient pu faire croire à de la pleurodynie ou à une névralgie intercostale; mais, en pressant sur les côtes, on détermine des points fixes, exactement limités, prodigieusement douloureux, que M. Fournier rapporte sans hésitation à des périostites circonscrites, *symptômes de syphilis secondaire*.

Je n'insisterai pas sur le traitement et sur l'évolution de cette *syphilis récente postérieure à la grossesse*.

La malade présente sur la lèvre inférieure, à l'emplacement même des chancres des syphilides papulo-érosives (transformation *in situ*), qui affectèrent ensuite une forme très rare en cette région, la forme papulo-hypertrophique. On peut en voir le moulage au musée Saint-Louis, collection particulière du Dr Fournier. Après avoir fait un séjour de dix semaines à l'hôpital, la malade continua son traitement en ville.

Elle accoucha à la fin de mai, c'est-à-dire à peine au 7^e mois de la grossesse. Le traitement, commencé trop tard, n'a pu agir assez pour permettre à la grossesse d'arriver à terme.

La mère rentra dans le service du Dr Fournier le 7 juin, dix jours après ses couches, affectée de syphilides papulo-érosives vulvaires et des syphilides amygdaliennes, avec persistance d'une forte adénopathie sus-hyoïdienne.

L'enfant est prodigieusement petit; il a les jambes à peine de la grosseur du petit doigt, Il pèse 1,800 grammes; il ne tette pas, c'est à peine s'il avale.

25 juin. L'enfant vit toujours: ce qu'il y a de plus surprenant c'est qu'il s'est mis à téter et qu'avec la tetterelle il se nourrit assez pour ne pas mai-

grir; il est vrai qu'il n'augmente pas non plus. Malgré ses tentatives de résistance et de vitalité, *il ne semble pas possible que cet avorton vive*. Toutefois, il est soumis au traitement suivant : enveloppement dans la ouate ; iodure de potassium 5 centigrammes ; frictions hydrargyriques, 4 gramme ; allaitement maternel.

3 juillet. Le sclérème commence ; l'enfant est bleu, cyanosé, refroidi. Il a présenté aux index de légères ulcérations noirâtres, péri-unguéales, qui ont promptement séché. Est-ce de l'onxis ? M. Fournier l'avait cru d'abord ; il pense aujourd'hui à une lésion cachectique. Iodure de potassium 5 centigrammes ; frictions hydrargyriques, 2 grammes. La mère va bien ; elle n'a plus que quelques légères syphilides.

22 juillet. Le sclérème a disparu sur l'enfant ; ses extrémités ne sont plus froides ni violacées ; la langue est bonne, rose, humide, sans muguet ni ulcérations ptérygoïdiennes.

L'enfant grossit et va évidemment mieux. Cette résistance vitale est absolument extraordinaire. Toutefois, la face est toujours simienne, le front ridé, le teint gris sale.

7 août. Amélioration progressive. La mère veut quitter l'hôpital et sort malgré nous.

1^{er} octobre. La malade revient à l'hôpital et est admise dans nos salles. Elle a continué son traitement et va bien ; mais depuis l'avant-veille l'enfant, sur lequel elle n'a d'ailleurs remarqué rien d'anormal, se plaint, ne dort plus, ne tette plus. La mère avait exactement suivi le traitement recommandé.

L'enfant s'est un peu fortifié ; il ne présente de périostose en aucun point du corps ; il n'a pas de taches sur le corps ; il n'a pas d'ulcérations sur les muqueuses ; mais le muguet a envahi la bouche, la voûte palatine et le voile du palais. L'aspect est toujours vieillot, et la maigreur extrême. Pas d'ascite ; pas de vomissement ; jamais de convulsions ; diarrhée verte. *Retentissement du cri ; souffle bronchique dans presque toute la hauteur de la poitrine du côté gauche.*

Les jours suivants, le petit malade s'éteint. Mort lente, progressive.

5 octobre. Autopsie.

Etat macroscopique.

Le poumon gauche présente de légères adhérences avec la plèvre costale.

Le lobe supérieur est sain, nullement congestionné : il présente çà et là quelques lobules d'emphysème aigu. A la pression, on trouve l'élasticité normale ; par la coupe, on peut s'assurer qu'il n'y a pas trace de lésion tuberculeuse.

Le lobe inférieur est tout entier occupé par un noyau blanc, très dur et très résistant à la pression et donnant à la coupe l'aspect connu sous le nom de substance lardacée. Ce véritable néoplasme pénètre jusqu'au centre du poumon, mais il semble s'être développé de dehors en dedans. Le noyau central est entouré d'une quantité considérable de petits points blancs, lenticulaires, assez durs, presque papuleux, de même nature que la lésion principale qui semble s'être émise pour ainsi dire et former là comme un semis d'un blanc mat. La pression ne fait sortir de la masse principale ni pus, ni sérosité sanglante, et *macroscopiquement* il n'y a vraiment pas lieu de penser ici à l'hépatisation grise, ni à la pneumonie suppurée. La pièce, du reste, est moulée par M. Baretta et figure actuellement dans la collection particulière du Dr Fournier, n° 370.

Le poumon droit a une consistance normale ; le sommet est anémié et em-

physémateux; la base est congestionnée. Nulle part on ne voit, ni on ne sent des noyaux d'induration, ni de semis blanc.

Rien à noter au cœur, ni sur les reins, examinés avec soin. La rate porte quelques plaques dures, superficielles, de péricapnité.

Le foie ne présente rien de spécial à l'aspect extérieur; à la coupe, il offre une teinte rouge foncée, uniforme, sur laquelle se détachent çà et là quelques larges petits points blancs, assez épais, assez irréguliers de configuration.

Tels furent les résultats de la nécropsie. Les antécédents étant connus, la disposition des lésions étant telle, il ne semblait pas douteux que le néoplasme observé fût d'origine syphilitique. Il semblait même qu'il n'en pût être autrement, à cause de la marche, de la consistance, de l'aspect et du siège de la lésion.

Or, voici ce que vint apprendre l'examen microscopique :

Je transcris textuellement la note que m'a remise à ce sujet mon collègue et ami le Dr Balzer, dont l'autorité, en pareille matière, ne saurait être contestée :

Poumons. Coupes faites au niveau des nodules isolés : elles démontrent nettement l'existence d'une broncho-pneumonie tuberculeuse. Les nodules tuberculeux entourent les bronches qui sont comprises dans leur étendue et dont on retrouve difficilement les éléments, la caséification étant déjà avancée au centre des nodules. Ces derniers sont constitués à leur périphérie par une zone assez épaisse de cellules embryonnaires. Autour des nodules, le parenchyme est congestionné, les parois des alvéoles sont épaissies et infiltrées de jeunes cellules; les alvéoles sont déformés par le tassement et sont remplis de leucocytes et de cellules épithéliales.

En d'autres points, on retrouve les mêmes altérations catarrhales dans les alvéoles; les bronches sont enflammées, leurs parois renferment un assez grand nombre de cellules embryonnaires.

Foie. Les coupes du foie montrent la granulation tuberculeuse type en plusieurs points : centre caséux, granuleux, jaunâtre; à la périphérie, deux ou trois cellules géantes entourées d'élément épithélioïdes et embryonnaires avec un stroma fibrillaire peu accusé. Infiltration de quelques cellules embryonnaires dans le tissu hépatique qui circonscrit les granulations.

Le tissu du foie est assez fortement congestionné; en plusieurs points, de petites hémorragies se sont produites. Les parois des vaisseaux de gros et moyen calibre sont infiltrées de cellules embryonnaires en plusieurs points.

Je ne cacherai point l'espèce de déception que me fit éprouver ce résultat. Cependant, il n'y avait aucun doute à conserver. Ce fait montre donc combien, en pareil cas, l'examen microscopique est nécessaire. C'est le microscope qui, en pareille occurrence, est le souverain juge, le juge en dernier ressort.

Une seule particularité militait, au moment de l'autopsie, en faveur de la tuberculose : c'est l'état d'intégrité et des reins.

Il est certain, en effet, que les enfants atteints de syphilis héréditaire, qui, ainsi que l'a écrit et le professe notre maître M. Fournier, succombent d'une façon souvent, si bizarre, tantôt brusquement, inopinément, sans que rien ait fait prévoir cette issue, tantôt lentement, mais sans lésion apparente, et comme par une sorte de « débilité native et un dé-

(*faut de résistance vitale* », il est certain, dis-je, que ces enfants meurent généralement, soit d'intoxication urémique, soit tout au moins d'*affections rénales*, de *néphrite amyloïde* ou non.

Mais ce n'est pas seulement dans la *syphilis héréditaire* que les lésions viscérales sont fréquentes et incontestables.

Actuellement, on ne regarde même plus comme tout à fait exceptionnels dans la syphilis acquise, les cas de *cavernes pulmonaires*, d'*hépatite* ou de *périhépatite*, d'*ulcérations trachéales*, et surtout de *néphrites*, sans parler des *affections des centres nerveux*, aujourd'hui mises hors de doute, grâce aux beaux travaux de M. Fournier.

Les *néphrites syphilitiques*, chez les malades qui ont contracté la vérole sont notamment plus fréquentes qu'on ne le croit généralement; on en trouve d'assez nombreux cas rapportés dans les ouvrages de MM. Lancereaux, de Cornil, de Lécorché, dans une leçon clinique faite, il y a deux ans, par M. Fournier, pour ne parler que des auteurs français, dans les diverses monographies et dans les dictionnaires récents.

Si je publie encore les observations qui suivent, c'est pour montrer que les *lésions rénales* peuvent se montrer à la *période secondaire*, aussi bien qu'à la *période tertiaire* de la syphilis.

Qu'elles sont aussi bien parenchymateuses, interstitielles, ou mixtes que lardacées, pour employer l'expression anglaise.

Et que, si elles présentent toujours une certaine gravité, si elles ont fréquemment la mort pour conséquence, elles ne sont pas du moins fatalement mortelles et qu'elles peuvent aussi guérir par le traitement spécifique.

Mon collègue et ami, M. Bénard a observé l'année dernière, dans le service du Dr Paul, à Lariboisière, un cas d'albuminurie survenue chez un malade atteint de syphilis secondaire. Soumis au traitement spécifique, ce malade, sorti de l'hôpital, deux mois après, guéri de son albuminurie, en même temps que des accidents cutanés et muqueux syphilitiques.

Observation I. — Élisabeth B..., âgée de 33 ans, blanchisseuse, entre le 26 novembre 1879, salle Saint-Thomas, lit n° 5. *Antécédents strummeux* (maux d'yeux dans l'enfance). Fièvre typhoïde, à forme cérébrale, à l'âge de 6 ans. A part des migraines prémenstruelles, très bonne santé habituelle.

Chancre syphilitique au mois de juin 1879. En août, éruption généralisée de syphilides papulo-squameuses; dès le mois de septembre, il ne se passa pas de jours sans qu'elle ne souffrit d'une céphalalgie frontale très vive, *aussi forte le jour que la nuit*.

Alopécie en clairière du cuir chevelu; alopécie sourcilière. Le sourcil droit, notamment, est brusquement interrompu.

Il y a cinq mois, c'est-à-dire un mois après l'apparition du chancre, la malade étant allée visiter une personne de sa famille, on remarqua qu'elle avait la figure bouffie. Dès lors, ce gonflement, remarqué ce jour-là pour la

première fois, n'a jamais disparu. Mais, déjà auparavant, elle avait été frappée de la difficulté qu'elle éprouvait pour ouvrir les paupières à son réveil.

Aujourd'hui les maux de tête sont plus violents que jamais. La malade ne peut dormir; elle a, d'ailleurs, une soif vive et fort peu d'appétit. Elle urine beaucoup, et se réveille souvent, pendant la nuit, pour satisfaire ce besoin. Elle est sujette au subdélirium nocturne.

Elle a beaucoup d'albumine dans l'urine. La face est bouffie, comme il l'a été indiqué plus haut. Pas d'œdème des membres inférieurs. La vue est trouble; l'affaiblissement visuel est constaté depuis cinq mois.

Syphilides papulo-érosives de la vulve. Adénopathie inguinale double, indolente; pléiade de Ricord.

3 janvier 1880. — Les symptômes de la néphrite persistent (maux de tête, faiblesse, tremblement adynamique, pâleur, bouffissure, albuminurie). La céphalalgie, toutefois, est moindre.

7 janvier. — La céphalée a disparu progressivement. L'œdème disparaît de la face. Il reste de la pâleur. Les forces reviennent un peu. La malade peut se lever. En résumé, amélioration très réelle. Subdélirium disparu.

15 janvier. — La malade quitte l'hôpital pour affaire. Elle est évidemment améliorée, mais elle est loin d'être guérie, soit de sa syphilis, soit de sa néphrite. Elle n'a plus de bouffissure, mais elle a encore de la pâleur; elle n'a plus de céphalée, mais elle a toujours de l'amblyopie. L'albuminurie est toujours abondante.

Cette observation démontrerait l'existence de l'apparition précoce de l'albuminurie dans la syphilis. Peut-on se contenter de l'hypothèse d'une simple coïncidence? Certes, nous n'avons pas la preuve palpable de la causalité, mais nous ferons observer:

1° Que la-malade exerçait seulement et exclusivement la profession de repasseuse; qu'elle habitait le 6^e étage d'une maison non humide;

2° Qu'elle n'a jamais éprouvé de refroidissement;

3° Enfin, qu'elle n'avait pas d'habitudes ni de symptômes d'alcoolisme.

Observation II. — Mont..., âgée de 26 ans, blanchisseuse, entre le 29 janvier, salle Saint-Thomas, n° 32. Mère rhumatisante. Père mort à 43 ans, d'une albuminurie.

Antécédents personnels mauvais: rachitisme et strumme; accidents rhumatismaux à l'âge de 20 ans: attaque intense de rhumatisme articulaire aigu. Mariée à 16 ans, elle avait eu un enfant l'année suivante; à 21 ans, elle en eut un second. Elle resta souffrante à la suite de cet accouchement. Pendant sa grossesse, elle avait eu de l'œdème des jambes et des troubles de la vue. Après ses couches, elle eut de l'œdème des paupières et conserva de l'enflure des jambes, surtout le soir. Quatre mois après son accouchement, elle dut entrer à la Charité, où elle fut soignée pour une *albuminurie*, pendant onze mois. Elle sortit de cet hôpital en conservant encore des œdèmes palpébraux, des troubles de la vue, de l'albumine dans l'urine et des accidents pulmonaires.

C'est sur ces entrefaites qu'elle contracta la syphilis: roséole intense, puis syphilides papuleuses généralisées et syphilides papulo-érosives de la

vulve. Presque aussitôt se montrèrent une céphalalgie intense et une fièvre vespérine, en même temps que l'état général s'altéra : pâleur, amaigrissement, palpitations, algidité périphérique, asthénie générale prononcée, vertiges, tremblement des membres et de la langue, insomnie et vomissements très fréquents, ostéalgies multiples.

5 janvier. — Cet état, malgré les traitements les plus rationnels, se prolonge pendant 8 mois. A ce moment, apparait une périostose frontale. La malade est si faible qu'elle ne peut littéralement pas faire un seul pas sans aide. Les vertiges deviennent plus forts ; l'asthénie devient intellectuelle : la malade perd la mémoire ; elle ne peut plus lire, parce qu'elle ne comprend plus son journal et qu'elle se sent incapable de calcul et de tout acte intellectuel. — Café, lait, frictions hyd. 5 grammes, iod. de pot. 2 grammes. Bains sulfureux. (2 février.)

Le 18 mars, malgré une assez notable amélioration, état toujours grave. (Frictions hyd. avec 8 grammes.)

L'amélioration, après avoir continué pendant quelques semaines, est aujourd'hui arrêtée.

L'état est stationnaire : iod. de pot., 2 grammes, et sublimé, centigrammes.

Au mois de mai, la malade est toujours en état d'asthénie ; la périostite frontale persiste. La marche est difficile, s'opère par secousses et exige de grands balancements pour le maintien de l'équilibre. Les urines sont toujours albumineuses. La malade est rappelée en ville pour des affaires de famille.

Cette observation nous semble du plus haut intérêt. Elle nous montre une malade atteinte d'albuminurie et contractant la syphilis. Nous assistons à l'évolution de la maladie : quelle gravité n'atteint-elle pas immédiatement ? Quelle gravité ne conserve-t-elle pas pendant toute la durée de l'observation ? Quant à cette albuminurie, *qui n'est pas d'origine spécifique*, elle n'est nullement influencée par le traitement antisypilitique, et les troubles qu'elle crée ne s'amendent pas. Combien tous ces phénomènes ne diffèrent-ils pas de ceux que nous signalions précédemment ou de ceux qui vont suivre !

Observation. III. Virginie Ch., âgée de 33 ans, cuisinière, entre le 19 novembre 1879, salle Saint-Thomas, lit n° 27.

Pas d'antécédents héréditaires. Chez elle pas de strumme, mais incontinence nocturne d'urine, datant de l'enfance et disparue sans traitement à 18 ans, époque de son mariage.

Ménstruation normale. A 19 ans, accouchement naturel et à terme. L'enfant est bien portant, c'est le seul qu'elle ait eu ; elle n'a pas eu non plus de fausse-couche ; toutefois, il y a quatre ans, aménorrhée de trois mois, suivie d'une métrorrhagie. Vers la même époque, bronchite guérie par les vésicatoires.

Il y a trois ans, apparition de la syphilis.

Au mois de mai dernier, elle fit dans le service un premier séjour pour des plaques muqueuses de la gorge et de la vulve, une céphalée frontale presque continuelle et des vertiges, ayant causé une chute trois fois sans perte de connaissance. *Pas d'albumine.* Au bout de trois mois et demi (pil.

de prot., sirop composé de fer et d'iode de pot.), la malade sort guérie. En octobre, diarrhée de cinq jours; pas d'amaigrissement. Depuis sa sortie du service, aucun accident cutané ni muqueux.

Au commencement de novembre, gonflement subit des cuisses, avec douleur à la partie interne. En quatre jours les membres inférieurs furent pris en entier, au point que ce n'était pas sans douleur que les chaussures étaient mises.

Le 15 novembre, apparut une augmentation de volume du ventre avec œdème des parties génitales externes; le ventre était très gros; la malade fut obligée de le soutenir au moyen d'une bande; le lendemain, tout était disparu, mais aussitôt que la serviette fut retirée, l'œdème réapparut à la vulve.

Auparavant il n'y avait pas de palpitations, ni de maladie du cœur, ni de douleurs dans les régions rénales.

Depuis deux jours seulement, retour de la céphalée frontale; apparition d'un œdème de la face (17 novembre).

Au moment de son entrée dans le service, la malade présente un œdème des cuisses, accusé surtout à la partie interne des jambes et des pieds, où la pression digitale reste nette. Léger œdème des parties génitales; rien sur le tronc ni sur les membres supérieurs. Face bouffie: joue droite plus que la gauche.

Dyspnée assez intense; râles sibilants dans toute la poitrine; pas de matité.

Pas de douleurs rénales, mais points de côté et douleurs dans les membres.

La malade urine bien. Les urines sont en quantité plus grande qu'à l'état normal; elles sont troubles et renferment une grande proportion d'albumine (22 grammes par litre).

Les cheveux sont repoussés, la gorge est rouge, mais sans plaques muqueuses.

Nul traitement depuis son dernier séjour à l'hôpital. — Pillules de tanin; régime lacté.

Iodure potassique..... 2 grammes.

Extrait thébaïque..... 0 gr. 05 c.

20 ventouses sèches sur la poitrine.

5 Janvier 1880. — Pâleur considérable; œdème généralisé. Depuis 3 jours, douleurs épigastriques, vomissements bilieux, urémiques; urines rares. Diarrhée (10 selles par jour).

8 Janvier. — Depuis quatre ou cinq jours, sans raison, puisque la malade ne se lève pas, même pour aller à la garde-robe, elle présente une induration notable de la fesse droite, avec empatement diffus. La peau n'est ni rouge ni adhérente; la suppuration est profonde, mais sous qu'elle influence s'est-elle développée?

10 Janvier. — La réaction fébrile est très peu intense relativement surtout à l'étendue de la collection purulente. Celle-ci soulève la fesse et y produit une saillie égale à une tête de fœtus à terme. La fluctuation est manifeste. L'induration est très prononcée au niveau du coccyx.

12 Janvier. — La malade passe en chirurgie, dans le service de M. Le Dentu, à partir de ce moment, l'observation a été bienveillamment continuée par mon collègue et ami Lavin, interne du service.

L'abcès est situé au-dessus du grand fessier. Avant la formation du pus, la malade n'avait jamais souffert de cette région. L'examen du sacrum et des fosses iliaques, faites par l'extérieur et par le rectum ne donnent aucun renseignement sur l'origine de la lésion; et actuellement encore, la malade est remarquable par le peu de douleur qu'elle ressent, au point même où siège l'abcès.

Le jour de l'entrée de la malade, on ponctionna l'abcès avec l'aspirateur Dieulafoy. Il s'écoula environ 300 grammes d'un pus bien lié, non serré, non mêlé de grumeaux.

L'ouverture faite avec le trocart s'est rouverte deux ou trois jours après et il resta un trajet fistuleux par où s'écoule un pus séreux et blanchâtre.

La suppuration de cet abcès se prolongea pendant un mois et demi. Dans les premiers temps, la malade fut prise de fièvre, frissons, céphalalgie, embarras gastrique, sueurs froides; cet état général, mauvais, aboutit à un empatement très douloureux dans la fosse iliaque droite. Une nouvelle ponction devint nécessaire qui donna lieu à la sortie de 150 grammes de pus, environ. Le trajet de la ponction devint fistuleux, comme pour le premier phlegmon, et la malade suppura par ces deux points; ce dernier suppura pendant deux mois.

Quelque temps avant la guérison de l'abcès de la fosse iliaque, l'état général, qui était devenu assez satisfaisant, revint très mauvais en très peu de temps: fièvre, frissons, céphalalgie, langue sèche, diarrhée, etc. La malade était si faible qu'on entendait à peine le son de sa voix. Puis on vit apparaître un troisième phlegmon du côté de la partie supérieure et externe de la cuisse droite. La ponction fit retirer 100 grammes de pus, et le trajet resta fistuleux pendant près d'un mois.

Les urines ont toujours présenté d'abondants flocons albumineux.

Enfin, quatre mois après le début de ces suppurations, dont l'origine est toujours restée inappréciable, la malade sortit de l'hôpital dans un état de santé très satisfaisant. Elle marchait, mangeait, dormait très bien; mais ses urines contenaient toujours une grande quantité d'albumine. Elle n'a plus d'œdème.

La malade revient à la consultation de M. Fournier à la fin de mai 1880. Elle fut soumise de nouveau au traitement spécifique:

Sirop composé de iode de fer et de potassium, 4 cuillerées par jour.

Pillules de sublimé, une par jour, iod., 1 centigr.

Sous l'influence de ce traitement, l'albumine diminua rapidement, au mois de juin, elle n'avait déjà plus que 5 grammes d'albumine par litre; elle se sent plus forte et plus alerte.

L'iode de potassium est portée à 5 grammes et le sublimé remplacé par des frictions avec 5 gr. d'onguent napolitain.

Dans les premiers jours d'août, la malade ne présente plus qu'un trouble insignifiant des urines traitées par l'acide nitrique. La malade qui devait prendre deux cuillerées de sirop de Gibert par jour, n'est plus revenue à la consultation. L'état général était tel que l'on peut conclure au rétablissement complet.

Cette observation, que nous avons tenu à relater en détails, présente de

l'intérêt à plusieurs point de vue. Elle démontre la gravité de la néphrite chez les syphilitiques, la guérison de la néphrite par le traitement spécifique et permet de conclure à la spécificité de l'affection rénale. C'est de plus un cas qui vient à l'appui d'un fait clinique que nous avons déjà signalé (voir Société clinique de Paris, 1880), à savoir, la facilité, la fréquence des suppurations chez les albuminuriques, qui font des phlegmons spontanés aussi facilement que des hémorrhagies après les opérations.

Ce cas de néphrite appartient encore à la période secondaire de la syphilis. Le suivant rentre dans les accidents tertiaires.

Observation IV. — Carin, (Léopold), âgé de 55 ans, bijoutier, entre le 2 avril 1877, salle Saint-Louis, n° 30. A l'âge de 18 ans, il a eu un écoulement qui a duré 3 mois. Cet écoulement fut traité par des tisanes et des pilules de protoiodure de mercure, quoique le malade n'ait pas remarqué le moindre vestige d'un chancre. Depuis la fin de cet écoulement, le malade se porta toujours bien, il eut seulement, étant militaire, une rétention d'urine qui disparut rapidement.

En 1867, sans cause appréciable, il eut des *névralgies violentes* qui ne le quittaient ni jour ni nuit. Selon le malade, les douleurs de la tête étaient plus violentes la nuit que le jour. Ces douleurs durèrent environ deux ans.

En 1869, le malade aperçut sur le front, à 4 centimètres environ au-dessus du sourcil gauche une tumeur qui attint rapidement la grosseur d'une demi-noix. Cette tumeur était molle et fluctuante et donna, au bout de quelques jours, issue à un liquide séreux. Bientôt, et à côté de la précédente, apparut une nouvelle tumeur qui évolua de la même façon, et ainsi de suite. Dans l'espace d'un mois, le cuir chevelu tout entier en fut couvert, et notamment à la région occipitale, où l'éruption fut confluyente. Ces tumeurs, après leur évolution, laissèrent des cicatrices profondes, de grandeur variable. En avant, sur le frontal, elles forment de petits points, au nombre de 3 ou 4, situés verticalement, pénétrant à une profondeur d'un demi-centimètre pour la plus profonde (gauche), et de 3 millimètres pour la plus superficielle. Celles du vertex ont laissé des cicatrices aussi profondes, mais plus larges, ainsi que celles de la partie occipitale.

Les dernières tumeurs se montrèrent sur la face, autour des orbites. A gauche, il y en eut deux au bord adhérent de la paupière, une à chaque angle du même oeil, une autre enfin sur la paupière inférieure du même côté. A droite, il n'y en eut pas moins et avec des dispositions analogues, envahissant même les régions malaires et mastoïdiennes.

Les tumeurs, qui entourèrent les yeux, acquirent à peine le volume d'un pois. Les cicatrices de la face sont moins larges que celles du front, mais elles sont aussi profondes et sont adhérentes aux os. La plus profonde est celle de l'angle externe de l'oeil droit. Un stylet s'y enfonce à un centimètre; il en sort un liquide blanchâtre, puriforme.

Avec l'apparition de ces tumeurs, disparurent les douleurs de tête, et le malade eut plusieurs années de tranquillité et de bonne santé.

En 1877 (*janvier*), il ressentit dans le bras gauche des douleurs violentes et profondes: douleurs non continues, plus fortes la nuit que le jour. Un mois après, apparut une exostose considérable de l'humérus gauche, qui fut

déformé. A mesure que l'os grossissait, le bras s'engourdissait et la main se refroidissait, était gênée dans ses mouvements et perdait de sa force.

Enfin, au mois de mars, de nouvelles douleurs se firent sentir dans la fesse et dans l'aîne gauches. Ces douleurs étaient analogues à celles du bras. En même temps, le fémur correspondant augmentait de volume dans son tiers supérieur.

Tel était l'état pour lequel Carin vint faire un premier séjour à l'hôpital Saint-Louis. Au bout d'un mois, il était déjà fort amélioré (mai 77).

Si j'ai insisté avec autant de soin sur la description des lésions de cet homme, c'est que leur nombre et leur disposition donnaient à son crâne un aspect tout spécial. Toutes ces saillies et ces dépressions anormales, se succédant les unes aux autres, rappellent, ainsi que le fait remarquer, par une comparaison heureuse qui se grave facilement dans l'esprit, M. le Dr Fournier, le jeu que l'on rencontre sur toutes les foires : *le jeu de macarons*. On peut s'en convaincre en examinant, au musée de l'hôpital, le crâne de cet homme, qui fut alors fidèlement moulé. Enfin, j'ai voulu décrire ces *ostéomes gommeux* avec d'autant plus de soin que les accidents du début de la syphilis étaient passés inaperçus. *La syphilis, en effet, bien qu'ignorée du malade, bien que non traitée, est incontestable.*

Depuis sa sortie de l'hôpital (octobre 1877 jusqu'en 1880), Carin n'a pas été malade, et, par conséquent, comme il le dit lui-même, il n'a fait aucun traitement.

Au mois de mars 1880, apparition rapide de troubles divers : malaise général, affaiblissement marqué, lassitude pour le moindre effort, tendance accentuée à la torpeur, à la tristesse, à l'inactivité, à la passivité. « Ce n'est qu'à regret qu'il exécute un mouvement, il est fatigué à l'avance » : il n'a plus de goût à rien, il est devenu indifférent à tout. Il reste assis pendant deux heures, la tête vague, sans agir, sans penser, sans même se demander ce qu'il fait là. Les idées sont devenues rares, même pour la conversation qu'il a languissante, incohérente, lente et sans suite. La mémoire est aussi diminuée que l'activité intellectuelle. Il fait telle course pour une autre, il va dans tel endroit croyant se rendre à tel autre ; ou bien, il ne sait pourquoi il vient, ou encore il ne s'aperçoit de son erreur qu'au moment même de faire sa commission ou son placement de marchandises. De là, pour la malade, grand découragement et tristesse profonde. Il s'assoupit, mais ne dort pas d'un sommeil réparateur. Il est toujours refroidi, algide même au mois de mai 1880. Il n'a, d'ailleurs, pas de fièvre, que très peu d'appétit, avec un dégoût prononcé de la viande.

Tous ces phénomènes nerveux, qui sont du ressort de la syphilis cérébrale, ont été étudiés avec grand soin par le Dr Fournier. Dans le cas actuel, le professeur ne saurait les laisser passer sous silence et insiste sur leur importance et sur leur gravité.

Le malade ne souffre d'ailleurs de nulle part ; il ne se plaint que de céphalalgie, de lourdeur de tête, de compression au niveau du front, au-dessus des deux yeux ; il a des sensations bizarres « son cerveau entre par moment en bouillonnement ; ou bien, il croit que son crâne va se soulever. »

La céphalalgie est continuelle ; elle n'est interrompue, soit le jour, soit la nuit, que par ces élancements particuliers.

D'ailleurs, pas de fourmillements ; pas d'engourdissements ; quelques crampes douloureuses dans les jambes ; soubresauts de tendons ou de muscles, surtout la nuit. Sensibilité intacte, pas de vomissements.

Depuis huit jours, apparition de vertige, d'accès vertigineux ; depuis le même temps, il a eu trois chutes, sans perte de connaissance. Il se relève aussitôt et marche ensuite pendant 20 minutes environ comme un homme ivre. Le vertige et la faiblesse semblent être les seules causes des chutes.

Pas de paralysie partielle. — Pas d'embarras de la parole. — Asthénie, pâleur généralisées. — Oppressions fréquentes. — Pas d'œdème des membres ; mais, ballonnement abdominal avec ascite légère. — Pas d'hydrothorax, mais râles sous-crépitaux, groupés par foyers, perçus d'abord à gauche, puis à droite.

Enfin, légère bouffissure du visage. L'examen des urines démontre l'existence d'une *albuminurie considérable*. L'urine se prend en masse blanche, d'abord filamenteuse, mais tombant rapidement au fond du verre.

Traitement :

- Régime lacté absolu.
- KI 5 grammes.
- Frictions hydrargyriques, 5 grammes.
- Ventouses sèches sur le thorax.

15 mai. — Pas de fièvre. Cependant redoublement de l'oppression et formation à gauche d'un épanchement pleural. Râles sibilants et sous-crépitaux dans le reste de la poitrine. Souffle et matité à gauche.

A 8 heures du soir, le malade entre dans le coma et meurt à 4 heures du matin, quelques jours, après sa rentrée à l'hôpital.

Autopsie.

Thorax. — Épanchement dans la plèvre gauche (un litre et demi de sérosité transparente). Pas de trace d'ascite.

Le poumon gauche est comprimé ; il ne contient ni foyers pneumoniques, ni granulations tuberculeuses.

Le poumon droit, très congestionné, se laisse pénétrer, à la base, par le doigt, et laisse écouler abondamment du sang noir et spumeux.

Pas de péricardite aiguë ni chronique. Cœur de volume normal. Le ventricule gauche est en systole, le ventricule droit en diastole. Myocarde de volume normal, mais non graisseux. Valvule mitrale épaissie, athéromateuse, mais suffisante. Cœur droit, sain.

Crâne. — La décortication du cuir chevelu est difficile, au niveau du vertex surtout, tant la peau est amincie, adhérente à l'os, et transformée tout entière en tissu nodulaire. Quand cette décortication est faite, le cuir chevelu est transformé, à cause des adhérences cicatricielles qui ont été déchirées en une membrane percée à jour en de nombreux endroits.

Le crâne est tel que nous l'avons décrit ; on peut, d'ailleurs, le voir au musée Saint-Louis, dans une des vitrines particulières du Dr Fournier.

Hémisphère cérébral gauche. — Le tiers postérieur de la 2^e circonvolution frontale est le siège d'une *dépression marquée* ; il existe là une *cavité* ayant l'étendue de la moitié d'une amande, fermée par un *feuillet de la pie-mère qui n'est nullement épaissie à son niveau*. Il n'y a, d'ailleurs, dans cette cavité aucune trace de caillot ancien, pas de cholestérine, pas de produit inflammatoire ni néoplasique, pas d'adhérence avec la pie-mère. Rien d'analogue dans le côté opposé, sur le point correspondant. Un jet d'eau ne dissocie aucune parcelle de la substance cérébrale.

Les artères de la base ne présentent que quelques points d'athérome.

Les autres portions de l'encéphale sont absolument saines.

Abdomen. — *Rate normale.* Légère dégénérescence grasseuse du foie.

Les reins se décortiquent facilement. Mais on aperçoit à la surface de la substance corticale des noyaux lenticulaires extrêmement abondants, serrés, blanchâtres et jaunâtres, répondant à une dégénérescence granulo-graisseuse accentuée. Cette altération est plus prononcée sur le rein gauche qui est plus petit. L'aspect de ce rein est assez semblable, d'après l'examen macroscopique, à un foie cirrhotique, tant la surface est jaunâtre, rugueuse, mamelonnée et différente de l'aspect lisse, normal. A la coupe, la dégénérescence grasseuse s'accroît; toute la substance corticale, qui est très épaisse et mesure plus de deux centimètres dans les points les plus étroits, est blanche et dégénérée, au point que, c'est à peine si, au niveau des pyramides, on aperçoit encore, çà et là, les faisceaux rouges des tubes. Dans un seul point, la pyramide apparaît nettement; à son sommet, elle est recouverte par une substance corticale, épaisse de plus d'un centimètre. Dans la généralité de l'organe, les deux substances sont confondues à l'œil nu. Il n'y a, d'ailleurs, pas trace de foyers caséiformes, ni gommeux. En résumé, l'examen macroscopique fait croire à la *néphrite parenchymateuse*.

Ces pièces anatomiques nous ont semblé dignes d'une analyse plus approfondie, et nous avons prié notre collègue et ami, le Dr Balzer, d'en faire l'examen microscopique.

Voici la note qu'il nous a remise à ce sujet:

« Les coupes du rein ont été traitées par le picro-carminate d'ammoniaque et quelques-unes par le violet de méthylaniline. Ce dernier réactif montre que le rein est atteint d'une *dégénérescence amyloïde* déjà avancée: quelques glomérules sont envahis complètement; d'autres, seulement en quelques points. Les gros vaisseaux sont intacts, la dégénérescence n'atteint que quelques vaisseaux de moyen calibre et les artérioles. La capsule des glomérules est épaissie, fibreuse; la sclérose envahit même la partie interne de la capsule et rétrécit cette dernière; un certain nombre de glomérules sont devenus complètement fibreux. Enfin, le tissu conjonctif péricapulaire est épaissi dans une assez grande étendue, surtout dans certains points, où ce sont les lésions propres à la *néphrite interstitielle* qui ont pris le plus de développement.

Cette *néphrite interstitielle* est généralisée, énorme presque partout; le lobule du rein n'est pas atteint seulement à sa périphérie, dans le voisinage des glomérules, la sclérose envahit aussi le labyrinthe et le centre du lobule, circonscrivant partout les tubes et formant autour d'eux des gaines épaisses. De larges travées fibreuses cloisonnent en beaucoup de points les lobules du rein. La *dégénérescence amyloïde* envahit ce tissu en plusieurs endroits: partant des vaisseaux, elle rayonne dans des directions difficiles à décrire. Les gros vaisseaux sont très congestionnés, bourrés de globules sanguins. Il faut noter enfin que la sclérose n'est pas partout aussi complètement organisée. En plusieurs endroits, les espaces qui séparent les tubes contiennent des amas de cellules rondes ou fusiformes, montrant les phases primitives de la *néphrite interstitielle* et trahissant un processus encore très actif.

Les *altérations tubulaires* sont également très accusées. Les tubes droits sont comprimés, atrophies, parfois difficilement reconnaissables. Presque partout le revêtement épithélial consiste en une bande cellulaire mince, collée entre la paroi du tube et flottant dans sa cavité. Ces épithéliums sont ordinairement granuleux, colorés en brun foncé, par le picro-carminate. Le cen-

tre du tube est occupé fréquemment par les *boules réfringentes*, ressemblant à des *gouttellettes de mucus décrites par M. Cornil*. On trouve aussi de gros corps granuleux chargés de granulations grasses, des granulations grasses libres, très souvent enfin de la matière colloïde.

Celle-ci se présente parfois en grains retenus par les masses granuleuses; ou bien, elle occupe toute la cavité du tube, refoulant et atrophiant les épithéliums. C'est surtout dans les tubes droits qu'elle est sécrétée en si grande abondance.

Comme on le voit, ces altérations épithéliales multiples et si profondes sont d'une importance capitale dans ce cas. Il ne s'agit pas seulement ici d'une *néphrite interstitielle*; la participation des épithéliums est considérable et impose tout au moins la dénomination de *néphrite mixte, à la fois interstitielle et épithéliale*.

Il faut encore insister sur ce fait important : la *dégénérescence amyloïde*, assez avancée déjà pour dépasser en beaucoup de points l'épaisseur des parois des vaisseaux. »

La complexité des lésions vésicales est donc fort remarquable. Il s'agit évidemment ici d'une forme insolite de *néphrite*.

Le début des symptômes a échappé; il est naturel de penser, en effet, que des lésions aussi profondes et aussi multiples avaient débuté longtemps avant que le malade ne vint réclamer des soins. Aucune cause, soit occasionnelle, soit efficiente, n'est révélée par l'interrogation minutieuse du malade. Une suppuration prolongée, la tuberculose ne peuvent être ici invoquées pour expliquer la *dégénérescence amyloïde* qui est cependant un des effets habituels de la syphilis, comment à défaut d'autres preuves, ne pas invoquer immédiatement cette syphilis, négligée bien que grave, et qui a déjà si fort maltraité la peau et les os? Le cas nous semble concluant : *La néphrite ici constitue un accident tertiaire*.

Nous n'avons pas observé personnellement d'albuminurie pendant les premiers temps de la syphilis. Les observations cependant ne font pas défaut : Perraud, *Journal de médecine de Lyon*, février 1867. Lance-reaux, p. 153, etc.

Quant aux *néphrites*, développées dans le cours de la période secondaire, elles sont actuellement trop nombreuses pour être contestées. Tous les auteurs qui ont observé la syphilis en rapportent des cas depuis Boyer jusqu'à Fournier, Lancereaux, Cornil, Guiol, Brouardel (dans une thèse soutenue il y a deux ans par un de ses élèves), Descout.

CONCLUSIONS.

Les néphrites sont une des complications de toutes les périodes de la syphilis, même acquise.

Ce sont toujours des accidents graves; toutefois, ils sont parfois curables, non seulement quand ils apparaissent, chez l'adulte, à la suite de la

syphilis acquise, mais encore chez les enfants atteints de syphilis héréditaire. Ils présentent avec les autres lésions d'origine spécifique, ce caractère commun, c'est que leur gravité est proportionnelle à l'âge de la syphilis et à l'époque plus ou moins tardive à laquelle ils ont été soumis au traitement antisiphilitique.

Bien que la néphrite d'origine spécifique fût signalée depuis longtemps, bien qu'elle fût admise par tous les médecins qui connaissent la syphilis, il nous a semblé intéressant d'attirer de nouveau l'attention sur elle :

1° Il y a lieu d'y penser, en effet, *chez les enfants atteints de syphilis héréditaire*, soit qu'ils succombent plus ou moins vite à des accidents dont les néphrites peuvent souvent rendre compte, soit qu'ils guérissent ;

2° Chez l'adulte, le médecin qui se trouve en face d'une néphrite fera bien de songer à l'origine spécifique possible de l'affection rénale et de la rechercher même dans la syphilis acquise, et en tenant compte de la fréquence si grande des syphilis ignorées. Chez notre dernier malade, notamment, il n'y a pas, en effet, d'autre cause connue, et surtout il est impossible d'invoquer un traitement mercuriel prolongés et excessif.

VI

ROLE DU TRAUMATISME DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA TEIGNE FAVEUSE.

par le Dr **P. AUBERT**, chirurgien de l'Antiquaille.

Depuis la découverte de Schœnlein il est établi que la cause unique de la teigne faveuse réside dans la présence de l'achorion Schœnleini. Mais, à côté de cette étiologie fondamentale, il est toute une série de causes secondaires qu'il importe de connaître car il y a de meilleures chances de baser une prophylaxie efficace, sur la connaissance des causes secondaires plus accessibles que sur la notion d'une cause première qui peut nous échapper.

En présence d'une affection parasitaire, trois points de vue étiologiques se présentent, trois questions se posent :

Où vient le parasite ?

Comment le sujet atteint a-t-il été mis en rapport avec le parasite ?

Pourquoi a-t-il vu, ce rapport ayant existé, le parasite croître et multiplier sur lui ?

Chacune de ces questions se prête à des développements intéressants que nous ne voulons point exposer ici, n'ayant en vue dans cet article que l'étude d'un point restreint quoique important sur l'une des conditions qui rendent le sujet apte à recevoir et à garder le parasite.

En matière de graines et de semis il peut sembler élémentaire d'admettre qu'un sol préparé et ouvert favorise la germination, et que dès lors les érosions ou blessures du tégument doivent aider singulièrement à l'éclosion et à la propagation des teignes. Les expérimentateurs le savent bien lorsque pour réussir dans leurs inoculations, ils ne se contentent pas de déposer le parasite sur la peau, mais l'insèrent avec la lancette, le font pénétrer par effraction et ouvrent le sol qui doit le recevoir.

Et cependant sur le terrain clinique, la notion précise de l'utilité du traumatisme pour le développement des teignes n'existe pas. On invoque et avec raison l'influence du sexe, de l'âge, du manque de soins de

propreté, mais on ne parle pas du rôle que peuvent jouer dans l'étiologie les solutions de continuité du tégument.

Ce rôle cependant me paraît considérable, et dans les conditions où j'observe, il est bien peu de faits où l'on ne retrouve dans les antécédents du malade soit la présence de poux et d'impetigo pédiculaire, soit l'existence d'un traumatisme, dans les deux cas en somme le fait antérieur d'érosions ou de blessures.

Pendant les années 1879 et 1880, j'ai pu recueillir un nombre déjà respectable d'observations de favus traumatique dont je donne ci-après le détail. Ces observations sont toutes fort semblables entre elles et peuvent se résumer ainsi : Un enfant indemne jusque-là se fait à la tête une légère blessure ; la petite plaie au lieu d'être guérie au temps ordinaire devient le point de départ d'une teigne favéuse qui se localise quelquefois autour du point primitivement envahi, mais qui peut s'étendre à tout ou partie du cuir chevelu.

FAVUS TRAUMATIQUE. DÉTAIL DES FAITS.

(Filles.)

Obs. I. — Marie, 12 ans, Vichy (Allier). Début remontant à plusieurs années.

Favus ayant envahi tout le cuir chevelu sauf les bords. Plaques d'alopécie. Chute dans les escaliers, petite plaie consécutive par laquelle le favus a débuté.

Obs. II. — Benoîte, 10 ans, Mogneneins (Ain). Début remontant à deux ans.

Favus ayant envahi la presque totalité du cuir chevelu. Pas de plaques d'alopécie.

A reçu une brique sur la tête, la plaie n'a pas guéri et c'est environ deux mois après que l'on s'est aperçu du début de la maladie.

Obs. III. — Louise, 15 ans, Châtillon (Haute-Savoie). Début il y a six ou sept ans.

Favus généralisé du cuir chevelu. Plaques d'alopécie. Choc contre un valet, vers la bosse pariétale gauche. Le point de départ de la maladie a été la région blessée.

Obs. IV. — Marguerite, 5 ans, a un frère âgé de 6 ans qui antérieurement elle a présenté un favus en plaques limitées du cuir chevelu ; le même peigne servait aux deux enfants, il y a quelques mois sa mère en la peignant lui a fait une petite écorchure au niveau de la bosse pariétale gauche ; il s'est développé en ce point une plaque de favus qui a aujourd'hui deux centimètres de diamètre. Le reste du cuir chevelu est intact.

(Garçons.)

Obs. V. — Noël, 10 ans, Lyon. Début remontant à quelques mois.

Plaque limitée de favus à la région sous-occipitale. Est tombé en arrière sur

l'angle d'une table et s'est fait une plaie qui n'a pas guéri et a été le point de départ de la petite plaque favique.

Impétigo pédiculaire antérieur pour lequel séjour à l'Antiquaille.

Obs. VI. — R... (Lucien), 10 ans, Torcieu (Ain). Début il y a un an.

Plaque large mais limitée du côté gauche du cuir chevelu.

A reçu il y a un an un coup de pierre à la tête, cette plaie a été le point de départ du mal. Se rappelle de plus qu'un camarade qui reçut dans la même rixe une pierre à la joue a eu en ce point des croûtes semblables à celles que lui-même porte dans les cheveux.

Obs. VII. — M. B., 10 ans. Début non signalé.

Plaques éparses multiples de favus. Dit avoir reçu un coup de pierre à l'occiput, et un autre sur le sommet de la tête; c'est ce dernier qui a été le point de départ de la maladie. Impétigo pédiculaire et simplement fétide.

Obs. VIII. — C... (Prosper), 10 ans, Mardore (Ain).

Favus généralisé du cuir chevelu.

Début remontant à trois ans et demi.

A reçu il y a trois ans et demi vers de haut de l'occiput un coup de pioche de sa petite sœur avec qui il s'amusait et à qui il voulait prendre cette pioche. C'est là que le mal a commencé.

Obs. IX. — V... (Marius), 11 ans, Panissières (Loire). Début il y a cinq ans.

Favus généralisé du cuir chevelu.

A reçu sur le sommet de la tête un coup de pioche de son frère, la plaie n'a pas guéri et c'est là que le mal a commencé.

Obs. X. — B... (Francisque), 10 ans, Châlons (Saône-et-Loire). Début il y a 3 ans.

Large plaque favique de la région fronto-pariétale gauche. Petites plaques éparses.

Coup de pierre à la région fronto-pariétale gauche, la plaie n'a pas guéri et a été le point de départ du mal.

Obs. XI. — F... (André), 9 ans, Lyon.

Deux plaques limitées au niveau de la bosse pariétale droite. Début récent remontant à quelques semaines.

A reçu un coup de pierre au point où le mal a débuté.

Obs. XII. — M. François, 11 ans, Givors. Début récent, quelques mois.

Plaque favique limitée à la région occipitale inférieure droite.

Début à la suite d'un coup de pierre reçu à la région indiquée.

Obs. XIII. — D. Anthelme, Oyonnax (Ain). Début il y a 2 ans.

Favus généralisé du cuir chevelu.

Le mal a débuté sur le sommet de la tête en un point où l'enfant avait reçu un coup de pierre.

Obs. XIV. — M. Jacques, 12 ans, Saint-Etienne. Début il y a 4 ans environ.

Large plaque de 15 centimètres sur 8, au sommet de la tête. Petite plaque de la région temporale.

Le mal a débuté à la suite d'un coup de pierre.

Obs. XV. — L. Vincent, 8 ans, Chasselay. Début récent remontant à quelques mois.

Large plaque de la région pariétale droite.

L'enfant en courant dans la maison s'est heurté la tête contre l'angle d'un meuble.

Le père de qui je tiens les renseignements a vu nettement le favus débiter au point lésé et est très affirmatif sur ce point.

Cet enfant soigné et tenu proprement n'avait jamais eu de poux; il en a pris quelques-uns à la suite du développement de son favus à cause de la difficulté de donner les soins de propreté nécessaires, son petit frère âgé de 5 ans n'a pas tardé aussi à avoir des poux, un peu d'impetigo et quelques plaques de favus à la suite.

Obs. XVI. — V. Petrus, 12 ans, Thizy. Début il y a quelques mois.

Plaque limitée de favus de la région temporale droite. Le mal a succédé à un coup de pierre.

Obs. XVII. — X., 15 ans, atteint de favus pityriasique généralisé du cuir chevelu datant de deux ans environ.

Le malade raconte que sa maladie a débuté il y a 2 ans, vers la tempête gauche en un point où il avait reçu quelque temps avant un coup de pierre, la plaie n'a plus guéri et a été le point de départ du mal.

Depuis l'invasion du mal et pendant plusieurs mois, cet enfant a continué à coucher avec un frère plus jeune que lui et ce dernier n'a contracté aucune affection du cuir chevelu.

Ce malade offre ceci d'intéressant qu'il a servi à l'épreuve clinique du dernier concours pour le majorat de l'Antiquaille. Trois candidats déroutés par ce double fait de dissimulation de la matière favique sous des squames abondantes et de non contagion du frère du malade ont méconnu le favus; un seul candidat, celui qui a été nommé, a reconnu cette affection.

Obs. XVIII. — F. Jean, 15 ans.

Présente à la partie supérieure du crâne une plaque favique de 10 centimètres de diamètre.

Le malade attribue sa maladie à un coup de pierre, la plaie n'a plus guéri et a été le point de départ du favus.

Obs. XIX. — E. Jean, 14 ans.

Favus généralisé du cuir chevelu avec plaques d'alopécie cicatricielle. Ce malade raconte qu'il allait à l'école avec un voisin atteint de favus depuis un temps assez long; il n'avait pris aucun mal quoique jouant et changeant de casquette avec son camarade; il y a 3 ans environ, en s'amusant il reçut à la bosse pariétale droite une pierre qui fit une légère blessure, celle-ci n'a pas tardé à être envahie par un favus qui depuis s'est étendu à tout le cuir chevelu.

Obs. XX. — Deux rats vivaient en paix depuis 3 semaines dans une cage où on avait semé du favus, ils n'avaient contracté la maladie ni l'un ni l'autre. L'un d'eux fut tué accidentellement et on le remplaça par un autre rat qui fut très mal reçu, il en résulta une bataille et des morsures, et 4 à 5 jours après son entrée en cage le nouveau rat avait un favus commençant au niveau de l'oreille; l'autre ne tarda pas à présenter aussi sur la tête et le museau des godets faviques.

Les quatre dernières observations m'ont été communiquées par M. le professeur GAILLETON qui, depuis que son attention est attirée sur ce point, recherche le traumatisme dans les antécédents des faviques, et admet l'importance de cette cause. Si nous résumons en un tableau la nature du traumatisme qui a été l'occasion du développement du favus nous trouvons :

Pour les filles :

Chute dans les escaliers ; choc contre l'angle d'un volet ; chute d'une brique sur la tête ; écorchure par un peigne.

Pour les garçons :

Chute sur l'angle d'une table ; choc contre l'angle d'un meuble ; coup de pioche (deux fois) ; coup de pierre (onze fois).

De la comparaison des deux séries de faits il résulte que pour les filles le traumatisme a été purement accidentel, et que pour les garçons il a presque toujours été intentionnel et provoqué par un combat ou une rixe.

Si l'on cherche à se rendre compte de la proportion relative des favus franchement traumatiques par rapport aux cas ordinaires, on trouve que la proportion est plus forte que l'on ne pourrait s'y attendre.

J'avais au mois de décembre 1880, dans mon service 37 malades atteints de favus, 13 filles et 24 garçons. J'ai trouvé les proportions suivantes :

13 filles. — Non traumatiques, 5 ; sans renseignements, 5 ; traumatiques, 3.

24 garçons. — Non traumatiques, 14 ; sans renseignements, 4 ; traumatiques, 6.

Soit, au total, 9 favus traumatiques sur 37 cas, ce qui donne une proportion de 25 0/0.

Cette proportion est forte ; peut-être au moment où j'ai fait cette statistique suis-je tombé sur une série exceptionnelle, mais je crois être très modéré en affirmant que le favus traumatique doit exister au moins dans la proportion de 10 à 12 0/0 des faits observés.

Ces faits dans lesquels l'influence du traumatisme est bien établie nous permettent d'apprécier l'importance que peuvent avoir, dans l'étiologie du favus, les érosions du cuir chevelu quelle qu'en puisse être l'origine. J'ai vu dans mon service des plaques faviques limitées se développer sur des têtes eczémateuses ou sur les malades traités pour une pelade par des frictions à l'huile de croton.

De toutes les causes qui entraînent des excoriations du cuir chevelu, il n'en est pas de plus fréquente que la présence des poux qu'un préjugé malheureux et tenace s'obstine à considérer comme utiles à la santé des enfants. L'interrogation et l'examen de mes malades m'a conduit à attacher à ce point étiologique la plus grande importance. Qu'un enfant soit malin, anémique, scrofuleux, il court peu de risques de contracter une teigne s'il a la tête propre et exempte de toute lésion ; et il a de grandes chances d'être atteint, si le milieu où il vit s'y prête, dès qu'il a sur le cuir chevelu des érosions, excoriations ou blessures.

Cette notion nous explique ces faits qui ne sont pas très rares, et dont l'observation 17 nous fournit un bel exemple, de non contagion de favus

malgré les conditions les plus favorables en apparence. J'ai toujours été étonné de trouver dans mon service où il n'y a jamais moins de 30 à 40 malades faviques, une si faible proportion de favus unguéal dont je n'ai pas observé plus de deux cas. Et cependant, les malades d'un hôpital ne prennent pas pour leurs ongles de grands soins de propreté et ne se privent pas de gratter une tête prurigineuse ; mais ils ont très rarement de lésion au bout des doigts et s'ils en ont ils la protègent par quelque pansement et ne se servent plus, pour se gratter, d'un doigt excorié et douloureux.

Après ces considérations et l'exposition des faits qui précèdent, je crois que la notion du traumatisme doit prendre dans l'étiologie du favus une place importante ; cela pour deux raisons :

En premier lieu le traumatisme est à lui seul la cause occasionnelle d'une proportion déjà forte de teignes faveuses.

En second lieu le rôle bien établi du traumatisme nous éclaire sur l'importance que possèdent, au point de vue du mécanisme de la contagion, les solutions de continuité du cuir chevelu quelle qu'en soit l'origine. De toutes les causes qui, chez les enfants, amènent des érosions ou excoriations du cuir chevelu, la plus fréquente de beaucoup est l'impétigo pédiculaire ; cet impétigo dont on retrouve l'existence dans les antécédents de la plupart des malades atteints de favus, joue un rôle, soit pour l'éclosion première, soit pour la généralisation de la maladie.

On comprend, sans qu'il y ait lieu d'y insister, ce que de pareilles notions ont d'intéressant et d'utile au point de vue de la prophylaxie dans les écoles, orphelinats, et asiles d'enfants.

VII

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHANCRE NON INFECTANT DU COL DE L'UTÉRUS,

(VARIÉTÉ DIPHTHÉROÏDE),

Par M. de **MOLÈNES**, interne du service.

Nous avons eu la bonne fortune de recueillir tout récemment à l'hôpital de Lourcine, dans le service de notre maître, M. Martineau, deux observations de la variété de chancre non infectant du col de l'utérus décrite par M. Bernutz et par quelques autres auteurs, sous le nom de chancre *diphthéritique* ou *diphthéroïde* du col utérin.

Si les chancres simples du col de l'utérus sont beaucoup moins rares qu'on ne le pensait autrefois, nous ne pouvons cependant nous ranger à l'avis de certains auteurs pour qui ces chancres seraient très fréquents.

Sirus Pirondi, dans ses *Notes cliniques recueillies à l'Hôtel-Dieu de Marseille en 1855*, sur 98 observations de chancres simples siégeant sur divers points des organes génitaux, signale 58 chancres du col coïncidant avec une ulcération chancreuse de la fourchette. Cette dernière est pour lui la conséquence presque constante du chancre utérin dont le pus s'arrête à la fourchette et s'y inocule. Il tire cette conclusion pratique qu'il faut toujours examiner soigneusement le col dans les cas de chancre de la fourchette afin de détruire le chancre initial.

D'après M. le professeur Richet qui, durant trois ans de séjour à Lourcine, n'a pu observer que 3 cas non douteux de chancre du col, les résultats de M. Pirondi ne doivent être acceptés qu'avec réserve. Signalons une autre statistique faisant avec celle du professeur de Marseille un singulier contraste. Sur 206 malades affectés de chancres simples, M. Debauge (1), n'a rencontré qu'un seul cas de chancre du col de l'utérus.

D'autre part, dans le relevé de tous les chancres non infectants obser-

(1) Traitement des chancres simples et des bubons chancreux par les cautérisations au chlorure de zinc. — (Thèse de Paris, 1838.)

vés depuis quatre ans par M. Martineau, dans son service de Lourcine, nous voyons que sur 152 cas de chancres simples, de chancres non infectants, 2 seulement siégeaient sur le col de l'utérus. Nous voici donc loin de la proportion de M. Pirondi.

Nous n'insisterons pas davantage sur la fréquence du chancre simple du col de l'utérus, de même nous n'insisterons pas sur ses caractères physiques. Nous renvoyons pour cela à l'excellente thèse de M. Schwartz, qui résume les différentes opinions des auteurs relatives à ce sujet (*T. Paris, 1873*). Nous ne voulons décrire que la variété diphthérique, variété des plus rares. Tous les auteurs en effet sont unanimes à considérer le chancre diphthéroïde du col comme très exceptionnel.

Recherchons les différentes opinions émises à ce sujet; puis nous relaterons nos deux observations et les quelques considérations qu'elles comportent au point de vue du diagnostic particulièrement. Nous terminerons par le relevé des chancres non infectants observés dans le service de M. Martineau depuis 1877, que nous opposerons au relevé des chancres infectants recueillis dans le même service et pendant le même temps. Nous extrayons cette dernière statistique du travail sur les chancres infectants du vagin publié, dans la *France médicale* (janvier 1881), par notre collègue et ami M. P. Binet.

C'est M. Ricord qui le premier, en 1832, en faisant servir le spéculum à l'étude des maladies vénériennes, décrivit des ulcérations d'origine vénérienne sur le col de l'utérus. Avant lui les chancres du col ne sont signalés par aucun auteur.

Dix ans plus tard, M. Gosselin (1) décrit les ulcérations syphilitiques du col de l'utérus; le premier il signale ce fait particulier observé depuis pour tous les chancres simples du col, à savoir l'excessive rapidité avec laquelle se réparent ces ulcérations qui, du jour au lendemain parfois, changent d'aspect au point de devenir impossibles à diagnostiquer exactement.

Gibert, Bennet, Boys de Loury et Costilhes, Alph. Robert, Grivot-Grandcourt (2) décrivent les ulcérations vénériennes du col utérin confondant dans une même description les chancres infectants, les syphilides ulcéreuses, les chancres simples.

M. Bernutz, dans un travail sur les affections syphilitiques du col de l'utérus lu en 1855 à la Société médicale des hôpitaux, produit 12 nouvelles observations et décrit 3 formes distinctes :

(1) Gosselin. — De la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin (*Archives générales de médecine*, t. II, p. 128, 1843).

(2) Grivot-Grandcourt. — Des ulcérations syphilitiques primitives du col de la matrice. — (*Thèse de Paris 1848*.)

1^o Le chancre proprement dit, présentant tous les attributs du chancre classique;

2^o Le chancre ulcéreux rongeur ayant l'aspect d'une ulcération enrhissante de mauvaise nature;

3^o Les chancres *diphthéritiques* du col de l'utérus.

C'est donc cet auteur qui le premier a observé la variété de chancre que nous étudions. Il le décrit, avons-nous dit, sous le nom de chancre syphilitique. Mais comme le critérium dont il se sert pour juger de la nature syphilitique d'une ulcération du col est l'auto-inoculabilité de cette ulcération même, laquelle est justement le caractère fondamental des chancres non infectants; nous pouvons rapporter ses observations de chancres diphthéritiques aux chancres non infectants, aux chancres simples du col de l'utérus.

Poursuivons ce résumé historique, et voyons les différentes opinions émises par les auteurs qui ont bien différencié le chancre infectant du chancre non infectant du col de l'utérus.

M. Alph. Guérin donne du chancre mou du col une fort bonne description. Comme nous l'avons dit précédemment, il attribue au chancre non infectant du col tous les caractères attribués par M. Bernutz, au chancre diphthéritique, syphilitique du col. Pour lui, le chancre infectant est des plus rares. Il insiste sur la haute importance de l'inoculation. Il montre que l'on doit toujours, quand on veut la faire, enlever la pellicule, l'espèce de fausse membrane qui recouvre le chancre et inoculer le pus séreux qui se trouve au dessous. « Sans cela, dit-il, on est exposé à inoculer du muco-pus provenant du col ou des culs-de-sac et non le produit de l'ulcération utérine (1). »

Nous avons suivi ce conseil dans le cas dont nous donnons plus loin l'observation, et nous avons eu une inoculation positive.

M. Rollet, dans son *Traité des maladies vénériennes*, dit que « les chancres appelés diphthéritiques par M. Bernutz, doivent être considérés comme syphilitiques et indurés ». Or, les chancres diphthéritiques de M. Bernutz sont auto-inoculables, ce que M. Rollet explique en disant que ce sont des chancres *mixtes*. Et il ajoute : « Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on observe des chancres mixtes en assez forte proportion sur le col de l'utérus. » Nous le répétons, pour nous le chancre de M. Bernutz est toujours un chancre simple, un chancre non infectant.

Si nous passons en revue les différents traités des maladies vénériennes publiés depuis 40 ans, nous voyons que M. Després qui déclare l'inoculation inutile, ne différencie point les chancres infectants et non

(1) Alph. Guérin. — *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, Paris, 1864.

infectants du col (1). M. Courty décrit les ulcères syphilitiques du col : mais ces ulcères, dit-il, sont souvent inoculables ; ce sont donc bien des chancres simples. Il signale la forme diphthéritique qu'il déclare des plus rares, ayant une certaine tendance au phagédénisme particulièrement vers la muqueuse intracervicale, et ne survenant guère que sous diverses influences, notamment par l'effet d'un état de faiblesse, d'adynamie, de cachexie. « Sans avoir la gravité extrême de la diphthérie proprement dite, dit-il, surtout si elle était abandonnée à elle-même, ces productions indiquent toujours une tendance fâcheuse et nécessitent un traitement actif et énergique (2). »

M. Gallard, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des femmes* (1879), désigne toutes les affections chancreuses inoculables ou non, sous le nom d'ulcérations syphilitiques du col. « Ces ulcères (syphilitiques) ont un fond jaunâtre ou blanc grisâtre parsemé de quelques points rouges, ils saignent facilement, ils diffèrent notablement de l'ulcération simple par leur aspect général et surtout par ce fond grisâtre et comme pseudo-membraneux qui se retrouve dans toutes les ulcérations syphilitiques du col susceptibles d'être inoculées. »

MM. Scanzoni, Cornil, de Sinéty, Martin et Belhomme, Diday et Doyon ne parlent pas du chancre diphthéritique du col de l'utérus.

Cullerier ne fait que le signaler.

Dans son article *Chancre du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (1872), M. le professeur Fournier décrit l'aspect parfois diphthéroïde du chancre simple du col de l'utérus. Il y revient plus longuement dans ses leçons cliniques sur la syphilis chez la femme. Après avoir signalé la fréquence assez grande des chancres du col en général (25 observations pendant 6 années de séjour à Lourcine), un cas de chancre simple intra-utérin avec inoculation positive (Delmas et Combai), le siège, la forme, l'étendue du chancre simple du col avec sa coloration spéciale qui semble être due à une sorte d'enduit pseudo-membraneux, il insiste sur l'indolence absolue et la rapidité avec laquelle ce chancre se modifie même spontanément.

Mais pour cet auteur, cette description peut s'adapter également aux deux chancres simples et infectants du col. Les caractères particuliers au chancre non syphilitique sont la multiplicité, l'étendue plus grande, les anfractuosités, enfin, et surtout l'inoculation positive.

Dans son *Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes* (1879), notre maître M. Martineau signale les chancres diphthéroïdes de

(1) A. Després. — *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus*, p. 43, 1870.

(2) Courty. — *Traité des maladies de l'utérus*, p. 795, 2^e édition 1872.

M. Bernutz : « Mais, dit-il, je n'ai pas eu l'occasion d'en observer jusqu'ici. » Les deux malades en effet dont les observations suivent se sont, par une singulière coïncidence, trouvées toutes les deux dans ses salles quelque temps après la publication de son livre. Aussi, est-ce à son instigation que nous avons entrepris cette étude.

Signalons en dernier lieu, l'ouvrage de M. Jullien (1) et surtout la thèse de M. Schwartz (2), très bonne étude des chancres simples et syphilitiques du col de l'utérus.

En résumé, nous voyons que les chancres infectants et non infectants ont été confondus autrefois et décrits, alors qu'ils présentaient un aspect pseudo-membraneux, sous le nom de chancres diphthéroïdes, ainsi que les a désignés M. Bernutz, qui en a donné la meilleure description; que depuis ils ont été considérés comme syphilitiques par les uns, simples par les autres. Pour M. Martineau, le chancre diphthéroïde du col utérin est toujours non infectant, ainsi que le prouve l'inoculation à la malade elle-même et les observations que nous publions plus loin. Dans la première de ces observations, nous avons pratiqué l'inoculation suivant les préceptes qui nous ont été donnés par notre maître; elle a été positive. Le chancre diphthéroïde existant sur le col utérin était donc bien non infectant. Dans la seconde observation, l'inoculation n'a malheureusement pas été faite; la malade était guérie de son chancre quand nous l'avons observée. Nous n'avons donc pu que terminer l'observation recueillie par notre prédécesseur, M. Binet. Mais nous pouvons affirmer qu'il s'agissait d'un chancre diphthéroïde non infectant du col, ainsi que l'avait diagnostiqué M. Martineau, parce que cette femme examinée chaque semaine pendant des mois n'a présenté aucune manifestation de syphilis constitutionnelle.

Observation I (3). Pauline M..., blanchisseuse de 21 ans, entrée le 8 février 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 38.

Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents diathésiques, pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans 1/2, régulièrement tous les mois pendant 5 ou 6 jours. Les règles sont abondantes et s'accompagnent de la perte de quelques caillots assez volumineux.

Il y a trois ans, la malade eut un premier enfant à terme, et un second il y a 15 mois. Pas de suites de couches pathologiques, sauf leucorrhée peu abondante depuis le dernier accouchement.

Déflorée à 17 ans. Pas d'excès de coït.

Il y a 10 jours, apparition d'une ulcération à la vulve et de douleurs dans

(1) Jullien. — *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1879

(2) Schwartz. — *Étude sur les chancres du col utérin*. — (Thèse de Paris, 1878).

(3) Résumé en partie.

l'aine droite. L'examen des organes génitaux fait constater trois ulcérations à bords saillants, taillés à pic, à fond déprimé, cratériforme, et recouvert de sérosité jaunâtre, situées, deux sur le bord libre de la grande lèvre droite, la troisième dans le pli génito-crural gauche.

Quelques follicules enflammés autour de ces ulcérations chancreuses.

Le capuchon recouvre complètement le gland clitoridien qui est peu volumineux ; il s'en détache aisément (masturbation).

Les petites lèvres sont volumineuses, œdématisées. Un peu au-dessus de la fourchette, de chaque côté il existe deux ulcérations chancreuses, présentant tous les caractères du chancre des grandes lèvres, ayant le volume d'une pièce de 20 centimes, symétriquement disposées. Quelques ulcérations folliculaires autour du méat urinaire. Adénopathie inguinale bilatérale, mais beaucoup plus volumineuse à droite où un ganglion enflammé atteint le volume d'un œuf de poule. Rougeur, fluctuation profonde. Douleurs vives irradiées dans la cuisse et rendant la marche presque impossible. Le *toucher* est peu douloureux. Le col est très volumineux, dévié à gauche et en arrière, l'utérus est en latéversion droite, les culs-de-sac sont libres ; on y constate la présence de nombreux ganglions volumineux (adéno-lymphite) ; au spéculum, le col est très difficile à trouver, vu sa déviation à gauche et en arrière, et son volume qui est exagéré. Pour y parvenir, M. Martineau se sert du spéculum Ferguson, gros modèle. (Nous donnons plus loin une planche représentant l'aspect du col et le chancre diphthéroïde. Cette planche a été dessinée par M. Bouchi, ancien externe de M. Martineau.)

Sur la lèvre antérieure du col, M. Martineau fait constater aux élèves qui suivent ses conférences cliniques une sorte de production couenneuse d'un gris blanc jaunâtre recouvrant non pas une ulcération plus ou moins profonde, mais bien une saillie mamelonnée à bords rouges, saillants au-dessus des parties voisines qui sont saines. Cette saillie est constituée elle-même par la confluence de 7 à 8 petites élevures secondaires, séparées par un sillon plus ou moins profond, donnant à l'ensemble de la masse, qui atteint le volume d'une pièce de 1 franc, l'aspect du cerveau dépouillé de ses membranes, avec ses circonvolutions et les sillons qui les séparent. La production qui recouvre cette lésion ressemble très bien à une fausse membrane de diphthérie, elle est très adhérente, si on l'enlève ; le fond sur lequel elle repose laisse sourdre du sang mélangé à un peu de pus jaunâtre épais. Cette lésion du col est absolument indolente ; elle occupe la lèvre antérieure, et gagne l'orifice du col, où elle ne pénètre pas.

M. Martineau constate, en outre, sur la paroi antérieure du vagin dans son segment postérieur, l'existence de deux ulcérations du volume d'une lentille, séparées l'une de l'autre par une distance de 1 centimètre environ. Les bords de ces ulcérations sont saillants, taillés à pic ; le fond est jaunâtre, sanieux.

Un peu d'insomnie causée par la douleur inguinale. Pas de céphalée, ni d'alopécie. Rien sur le corps, rien à la bouche. M. Martineau diagnostique des chancres non infectants de la vulve et du vagin, une folliculite chancreuse et un chancre diphthéroïde du col de l'utérus, il me prie de pratiquer l'incision sur la cuisse, à laquelle je procède le 13 février.

J'ai soin de prendre le pus au-dessous de la fausse membrane selon le conseil de M. A. Guérin.

Les chancres vulvaires sont en voie d'amélioration. La malade ne suit aucun traitement elle est soumise seulement à des soins de propreté.

15 février. — Il existe sur la cuisse gauche au point où a été faite l'inoculation (que j'avais eu soin de protéger avec un verre de montre afin d'éviter le contact du pus des chancres de la vulve avec le point inoculé), une petite vésico-pustule dont le contenu est trouble.

16 février. — La vésico-pustule s'est rompue. Il existe à la place une petite ulcération du volume d'une lentille à fond jaunâtre à bords rouges, saillants, taillés à pic.

L'inoculation est donc bien positive, à partir de ce moment les chancres non infectants de la vulve et le chancre inoculé sont traités par des pulvérisations d'iodoforme. On ne touche pas au chancre du col qui ne s'est pas modifié et présente toujours le même caractère encéphaloïde.

19 février. — Les chancres de la vulve, de la cuisse et du vagin sont en voie de guérison.

Quelques follicules chancreux persistent. Le chancre du col diminue d'étendue, la fausse membrane tend à disparaître. Au dessous, saillie bourgeonnante, rouge, saignante, recouverte de pus épais, peu abondant.

Le bubon de l'aîne droite s'est ouvert, et donne issue à une notable quantité de pus; les lèvres de l'orifice sont entr'ouvertes, les bords décollés taillés à pic.

23 février. — Le bubon commence à se fermer; mais il se forme un peu plus bas une autre collection purulente avec rougeur vive.

28 février. — Les chancres vulvaires et vaginaux ont disparu. Il ne reste plus que quelques follicules enflammés. Le chancre du col a diminué de moitié. L'aspect diphthéroïde n'existe plus que sur quelques points. La saillie qui persiste est rouge vif, saignante, mais on constate très bien sa grande tendance à la réparation rapide.

La lèvre postérieure qui a toujours été indemne, ne présente que quelques follicules enflammés constatés d'ailleurs dès le premier examen.

Dans cette observation nous constatons avec des chancres de la vulve, des grandes lèvres, du col de l'utérus et du vagin, des chancres de la fourchette. Nous avons déjà vu que pour quelques auteurs, M. Sirus Pirondi, entre autres, le chancre de la fourchette est toujours la conséquence du chancre du col. Il nous semble bien difficile de dire quel a été parmi tous ces chancres, le chancre initial. Toutefois le volume beaucoup plus considérable du chancre cervico-utérin nous fait penser qu'il a dû ici être antérieur aux autres. Les deux petits chancres de la paroi antérieure du vagin sont bien certainement secondaires. On sait en effet, et insister sur ce point d'ailleurs fort intéressant nous entraînerait hors de notre sujet, combien sont rares les chancres du vagin simples et syphilitiques surtout. Pour nombre d'auteurs ces derniers ne se rencontreraient pour ainsi dire jamais.

Les deux chancres infectants du vagin recueillis dans le service de notre maître, M. Martineau, et dont les observations ont été publiées par son interne et notre prédécesseur, M. Binet, sont pour ainsi dire les seuls cas authentiques qui existent aujourd'hui dans la science.

Pour se rendre compte de la rareté de ce chancre, on n'a du reste qu'à

consulter le travail de M. Binet et la statistique des chancres infectants recueillis dans le service de M. Martineau, pendant quatre ans, statistique que nous reproduisons plus loin, on verra que sur 128 cas de chancre infectant, il n'existe que deux cas de chancre infectant du vagin.

Quant au chancre simple, au chancre non infectant du vagin, tout en étant plus fréquent que le chancre infectant, sa fréquence n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire. Ainsi sur 206 cas de chancres simples, M. Debaugé n'a observé que 7 cas de chancres du vagin. Dans sa thèse, M. Schwartz cite 4 observations de chancres non infectants et sur ces 4 observations 3 se rapportent à des chancres consécutifs inoculés sur la muqueuse du vagin par des chancres du col. Dans un seul cas, le premier chancre apparu siégeait sur la paroi vaginale et c'est lui qui, consécutivement, a inoculé le col.

Nous trouverons également dans notre 2^e observation plusieurs chancres du vagin.

Chez notre malade en outre, ainsi que chez celle dont l'observation suit, il existait une métrite chronique avec ulcération folliculaire ayant favorisé l'inoculation. Enfin comme autres particularités intéressantes, nous signalerons la rapidité avec laquelle se sont modifiées et même guéries spontanément, sans traitement, ces différentes ulcérations; l'absence de douleurs, de complications profondes, d'état général grave.

Nous voyons en dernier lieu que ce chancre présente bien tous les caractères indiqués par M. Bernutz: « Production pseudo-membraneuse d'un gris blanc jaunâtre qui, au lieu de tapisser une excavation, se projette en saillie légèrement mamelonnée sur des bords rouges saillants eux-mêmes au-dessus des parties saines. »

Observation II. (Egalement résumée sur les points qui n'ont pas trait directement au sujet) Mathilde A..., 26 ans, mécanicienne, entrée le 3 août 1880, salle Saint-Louis, lit n° 34.

A cette époque, la malade était affectée de métrite avec adéno-lymphite double.

Voici en quelques mots sa première observation. Pas d'antécédents diathésiques, ni héréditaires, sauf un peu de scrofule (gourme, otorrhée dans son enfance.)

Bonne santé habituelle, pas d'affections antérieures. Réglée à 14 ans, facilement. Règles régulières tous les mois, durant 8 à 10 jours, abondantes, avec caillots et douleurs parfois vives. Leucorrhée habituelle. Déflorée à 16 ans.

Deux enfants à terme; le dernier, il y a 7 ans. Couches faciles sans complications.

Entrée à l'hôpital pour leucorrhée très abondante. Etat local. Rien aux organes génitaux externes, sauf un développement exagéré des petites lèvres, du gland clitoridien qui est déformé en massue et recouvert incomplètement par le capuchon qui se déplisse très aisément (masturbation et saphisme.)

Au toucher col gros, à orifice entr'ouvert admettant l'extrémité du doigt.

Lèvre antérieure très proéminente. Antéversion. Petits ganglions mobiles peu douloureux dans le fond des culs-de-sac droit et gauche.

Au spéculum, la lèvre antérieure est volumineuse, et présente une érosion folliculaire légèrement saignante.

Rien au vagin. Pas de traces de syphilis.

La malade sort au bout d'un mois. Elle rentre le 14 décembre pour des boutons apparus depuis 4 ou 5 jours aux parties génitales.

État local. Sur les grandes lèvres nombreuses ulcérations folliculaires, cratériformes, à bords saillants, taillés à pic, du volume d'une lentille, à fond jaunâtre, déprimé, purulent. La plupart sont surmontées d'un poil. On en trouve quelques-uns à la région périnéale et dans les plis génito-cruraux à l'anneau vulvaire; derrière la commissure inférieure des petites lèvres qui forment comme une sorte d'anneau autour de la vulve, on trouve une ulcération inégale, anfractueuse, dure, douloureuse, à bords taillés à pic, décollés, à fond jaunâtre, purulent. Autre ulcération semblable à la partie antérieure de l'anus.

Les ganglions inguinaux droits sont tuméfiés, pas de rougeur, pas de fluctuation.

Quelques follicules péri-urétraux enflammés. Au toucher, état stationnaire de l'adéno-lymphite. Au spéculum, le col est volumineux; l'orifice regarde en arrière. Il existe, sur la lèvre antérieure d'une part et au niveau de l'orifice cervico-utérin, sur la lèvre postérieure d'autre part et également accolée à l'orifice du col, deux saillies mamelonnées, à contour inégal, saillant, recouvertes d'une fausse membrane grisâtre ou mieux blanchâtre, diphthéroïde, constituées par la confluence de plusieurs saillies séparées par des sillons plus ou moins accentués. La fausse membrane est très adhérente: si on l'enlève on constate que la saillie qui la supportait est exulcérée et contient du pus épais, très sanguinolent. Sur les deux lèvres du col sont disséminés quelques follicules enflammés et ulcérés, signe de métrite chronique déjà constatée d'ailleurs au toucher.

Sur le vagin il existe un certain nombre d'ulcérations développées dans le segment postérieur: les unes saillantes, grises; les autres plates, à fond grisâtre, à bords saillants, saignantes, occupant surtout le côté droit; celles de gauche sont surtout saillantes, recouvertes d'une couche pseudo-membraneuse grisâtre; elles sont analogues aux deux chancres du col, tandis que les ulcérations plates, au contraire, ressemblent davantage aux syphilides papulo-érosives du vagin. M. Martineau appelle l'attention des élèves de la clinique sur la difficulté du diagnostic de ces lésions, il conclut à l'existence de chancres non infectants de la vulve, du vagin, de l'anus et d'un chancre non infectant diphthéroïde du col utérin.

Il n'existe sur le corps, sur le voile du palais, aucune manifestation syphilitique.

20 décembre. — La folliculite commence à disparaître. Poudre d'iodoforme sur toutes les ulcérations, sauf celles du col et du vagin.

Le 3 janvier. — Toutes les ulcérations chancereuses sont en voie de réparation, sauf un chancre simple qui s'est développé sur la face interne de la cuisse droite et qui atteint le volume d'une pièce de 4 franc.

La malade sort le 5 janvier, non guérie; elle rentre le 12 janvier.

L'ulcération de la cuisse persiste.

Les ulcérations vaginales et utérines se détergent et sont en voie de réparation. L'aspect diphthéroïde a disparu. A la place il existe une ulcération saillante, à fond rouge, saignant, à bords irréguliers.

Les ulcérations de la vulve ont presque totalement disparu.
Bains d'amidon, iodoforme, vin aromatique.

Le 21 janvier. — Les chancres du col et du vagin sont en voie de disparition complète; amélioration des chancres de la cuisse et de la vulve.

28 janvier. — Il n'existe plus sur le col que les petites érosions folliculaires déjà signalées. A la place des chancres, le col est un peu plus rouge au niveau des parties voisines. Le chancre de la cuisse s'affaïsse.

La malade sort le 16 février, guérie, sans avoir présenté aucun symptôme de syphilis.

Dans ce second cas, nous retrouvons bien tous les mêmes caractères que dans notre première observation. L'inoculation n'a pas été faite malheureusement. Mais la malade a été pendant trois mois en observation et n'a présenté aucune trace de syphilis.

Nous observons également dans ce cas des chancres simples multiples du vagin, dont quelques-uns ont revêtu un aspect diphthéroïde, comme les chancres du col. Nous observons aussi l'indolence absolue, la réparation rapide, tous les caractères, en un mot, que nous avons déjà décrits.

Au point de vue du siège des chancres simples du col, de nombreuses opinions ont été émises. Plus fréquents sur la lèvre antérieure, disent les uns, sur la lèvre postérieure, disent les autres, près des culs-de-sac, centraux ou périphériques, parfois même intra-utérins, ces chancres n'affectent en somme aucun siège spécial. Dans notre première observation, le chancre n'existe que sur la lèvre antérieure, sur les deux lèvres dans notre seconde observation. Enfin nous voyons que l'aspect spécial de ces chancres, aspect mamelonné, saillant, est dû à l'existence de plusieurs chancres qui en s'étendant sont devenus confluent, et ont produit un chancre fort volumineux que l'on découvre de suite.

En résumé nous trouvons dans ces deux observations, outre des chancres simples de la vulve et du vagin, deux chancres de la variété diphthéritique du col de l'utérus.

Ce mot de *diphthéritique* employé par M. Bernutz éveillant toujours l'idée d'une affection générale grave, spéciale, nous préférons désigner ces chancres sous le nom de chancres diphthéroïdes.

Dans ces deux observations, nous ne constatons aucune des complications rares signalées par quelques auteurs : pas d'état général, pas de phagédénisme, pas d'accidents péritonéaux (un cas de M. Bernutz (1); une seule d'entre elles a eu deux bubons suppurés de l'aîne droite, qui étaient dus aux chancres multiples de la grande lèvre du même côté. Les quelques symptômes douloureux constatés dans les culs-de-sac étaient dus à l'adéno-lymphite symptomatique, ainsi que l'a montré notre maître, M. Martineau, de la métrite qui existait chez nos deux malades et

(1) Clinique médicale des maladies des femmes.

surtout chez la seconde, que nous avons vue venir à Lourcine une première fois pour se faire soigner de cette métrite.

Dans les deux cas, le diagnostic a été facile, d'autant plus facile que les lésions ont été observées à leur début.

Nous avons suffisamment insisté sur les caractères différentiels des chancres simples et syphilitiques du col, bien mis en lumière d'ailleurs par M. le professeur Fournier.

Malgré les opinions nombreuses que nous avons signalées, l'aspect diphthéroïde est spécial aux chancres simples : les inoculations doivent d'ailleurs toujours être faites ; elles seules permettront de poser un diagnostic certain dans les cas où un chancre diphthéroïde survient chez une malade atteinte de syphilis, comme cela s'est présenté quelquefois.

Les syphilides papulo-érosives du col de l'utérus peuvent être confondues quelquefois avec le chancre simple, classique, du col de l'utérus mais non avec la variété diphthéroïde. Celle-ci en effet est caractéristique et il suffit de l'avoir vue une seule fois pour ne plus être induit en erreur. Cependant, dans quelques cas fort rares d'ailleurs, ces syphilides forment une saillie d'un blanc nacré et brillant, d'une teinte gris perle, porcelainée (Schwartz) ; leur volume est généralement peu considérable ; mais en se réunissant elles peuvent former des plaques plus ou moins volumineuses en imposant pour un chancre. Il est bien rare alors que ces syphilides existent seules ; le plus souvent il en existe d'autres sur la vulve ou sur le reste du corps ; et les autres manifestations diathésiques indiquent nettement la nature de la lésion utérine.

L'herpès du col utérin est une affection fort peu commune. On ne le confondra pas avec le chancre diphthéroïde du col, même quand il forme par sa confluence une petite saillie plus ou moins étendue avec fausse membrane blanc jaunâtre à son sommet. M. Fournier a montré qu'il se caractérisait par le tracé polycyclique de son contour. De plus il existe, sinon toujours, du moins le plus souvent au pourtour de l'érosion principale, d'autres érosions miliaires, arrondies, circonscrites, de nature herpétique bien manifeste.

Nous avons constaté sur nos deux malades la coexistence d'une ulcération folliculaire due à une métrite, et d'un chancre diphthéroïde. On sait combien sont fréquentes ces ulcérations symptomatiques de la métrite chronique. Si dans quelques cas on a pu les prendre pour des chancres non infectants du col de l'utérus, ce n'est jamais en tout cas avec la variété diphthéroïde qu'elles ont été confondues, les deux lésions n'ayant pas un seul caractère commun.

M. Joulin a décrit sous le nom de pemphigus du col une large vésicule à forme globuleuse, elliptique, remplie d'un liquide transparent à bords réguliers, ressemblant à une goutte épaisse de mucus utérin, et parfois

cernée à sa base par un liseré rouge vif, fort étroit, qui semble être du sang pur. Cette vésicule disparaît spontanément en 3 ou 4 jours; elle ne laisse pas de traces, ne s'accompagne d'aucun symptôme fonctionnel; on ne l'a constatée pour ainsi dire que par hasard.

« L'étude du pemphigus du col, dit M. Joulin, n'aurait aucune importance s'il n'avait une certaine analogie avec la forme initiale du chancre diphthéritique de M. Bermutz. L'analogie n'est pas complète, il est vrai; cependant elle peut tromper les praticiens qui n'ont pas eu l'occasion de voir les deux affections. Le chancre est constitué par la réunion des vésicules agglomérées contenant un liquide louche. Ces vésicules en se rompant laissent apercevoir une fausse membrane qui devient bientôt saillante et jaunâtre; cette membrane en se détruisant laisse à nu une ulcération bourgeonnante caractéristique; sa durée est assez longue. Le pemphigus est constitué par une vésicule large, unique, et toujours transparente, qui ne subit aucune transformation; il disparaît rapidement, spontanément, et sans laisser de traces. »

Nous ne citons que pour être complet ce diagnostic du chancre avec le pemphigus de M. Joulin, qui pourrait bien être, comme le dit M. Schwartz, un exemple d'herpès confluent ayant déterminé la formation d'une ampoule.

Signalons encore, ainsi que le fait M. Bermutz, le diagnostic du chancre diphthéroïde du col avec deux affections des plus rares et mal caractérisées, la gangrène pultacée, et le psoriasis du col (diphthéritite de Boys de Loury et Costilhes).

Enfin, on pourrait confondre le chancre que nous étudions avec un épithélioma du col de l'utérus. Dans plusieurs cas, en effet, l'aspect extérieur est presque identique: même saillie mamelonnée, séparée par des sillons plus ou moins marqués, recouverts par une fausse membrane épaisse, jaunâtre ou blanchâtre. L'absence de douleurs, de métrorrhagies, d'odeur spéciale, de cachexie, l'âge de la malade, l'existence d'autres chancres simples à la vulve seront autant d'éléments de diagnostic du chancre diphthéroïde.

Répétons en terminant ce que nous avons déjà dit. Il est des cas où tous les symptômes différentiels que nous avons donnés sont insuffisants à faire reconnaître un chancre simple du col. On doit alors pratiquer l'auto-inoculation qui, quand elle sera positive, indiquera d'une manière indiscutable que l'on avait affaire à un chancre non infectant du col de l'utérus.

Nous n'avons à propos du traitement que fort peu de choses à dire. Les chancres du col diphthéritiques ou non se modifient très rapidement, ainsi que nous l'avons vu, et que l'avait fait observer le premier M. Gosselin, et se guérissent spontanément la plupart du temps. Ils sont en outre fort peu douloureux.

Cependant afin d'empêcher le chancre du col d'inoculer de nouveaux chancres soit sur le col même, soit dans le vagin, soit surtout à la vulve, il faut, une fois le diagnostic sûrement posé, l'isoler des parties voisines. Pour cela, notre maître M. Martineau n'emploie dans son service de Lourcine que les pulvérisations d'iodoforme répétées tous les jours. Nous donnons en terminant le relevé des chancres non infectants observés dans le service de M. Martineau de 1877 à 1881 (4 ans).

Malades atteintes = 152

Chancre simples, de la fourchette ou de la fosse naviculaire. . .	32
— de la marge de l'anus.	22
— des grandes lèvres.	17
— des petites lèvres.	13
— multiples de la vulve.	18
(Sans autre indication)	
— des plis génito-cruraux.	7
— de la cuisse.	5
— du sillon interfessier.	4
— du clitoris.	4
— du périnée.	4
— du méat urinaire.	2
— du vagin.	2
— du col.	2
— des doigts.	2
Folliculite chancreuse.	19
Total.	152

Comparons ce relevé à celui des *chancres infectants* observés pendant la même période dans le même service. (M. L. Binet, *France médicale*, 1881, n° 5. Étude sur les chancres infectants du vagin.)

Grandes lèvres.	26
Petites lèvres.	34
Fourchette.	17
Capuchon.	8
Clitoris.	6
Anneau vulvaire et fosse naviculaire.	6
Méat urétral.	2
Col de l'utérus.	9
Anus.	5
Fesse.	1
Lèvres (bouche).	8
Voile du palais.	1
Amygdales.	1
Mamelles.	1
Double chancre (mamelon et grande lèvre).	1
Vagin.	2
Total.	128

VIII

NOUVEAUX FAITS EN FAVEUR DE L'ASPIRATION DANS LE TRAITEMENT DES BUBONS SUPPURÉS.

(2^e article) (1)

par le Dr **L. LE PILEUR**,

Médecin de Saint-Lazare.

Observation IX. C... Juliette, 23 ans, couturière, entre à la salle Saint-Thomas, n° 36, le 25 octobre 1879, pour une adénite inguinale droite.

Antécédents. Pas de maladie vénérienne antérieure. Il y a un mois que cette femme, brune, pâle, lymphatique, a observé pour la première fois une grosseur dans l'aîne droite; la douleur survenant et la gêne dans les mouvements augmentant de plus en plus, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

État actuel, 27 octobre. Rien à la vulve, rien au vagin, rien au col. La jambe et le pied droits ne portent aucune trace d'écorchure. Il est probable que l'adénite s'est produite sous l'influence des mouvements répétés de la machine à coudre.

28 octobre. La fluctuation bien manifeste ne permet pas d'attendre. Ponction qui donne 16 grammes de pus bien lié. Mèche et cataplasmes. Les tissus sont bien revenus sur eux-mêmes, et les ganglions qu'on sent alors sous la peau ont un volume assez considérable. Peu de sécrétion les jours suivants.

31 octobre. Gonflement considérable et empatement de toute la région. Les mèches sont toujours enlevées par maladesse le soir en changeant le cataplasme.

4 novembre. — Compression avec mèche.

5 novembre. — Évacuation abondante de pus; c'est probablement une deuxième poche qui s'est ouverte. Le gonflement et la rougeur des parties ont diminué. Compression sans mèche.

6 novembre. Presque plus de sécrétion, plus de décollement. Même traitement.

18 novembre. Il y a toujours une légère sécrétion de sérosité transparente.

22 novembre. Injection de teinture d'iode.

20 décembre. L'état de la malade s'améliore mais lentement. Depuis son entrée à l'hôpital elle prend de l'huile de morue, mais ne veut pas garder le lit et il y a un mois au moins qu'elle va et vient dans les salles.

Injection d'az. d'argent 1/30.

27 décembre. Guérison. Exeat.

(1) Voir, *Annales de Dermatologie*, t. I, p. 224.

Résumé de l'observation. Adénite droite suppurée, déterminée probablement par l'emploi de la machine à coudre chez une lymphatique. Ponction 30 jours environ après le début. Guérison lentet, tant à cause du peu de soin que la malade prend d'elle-même que par suite de la nature de l'affection. Cependant guérison avec une cicatrice insignifiante 61 jours après la ponction, trois mois environ après le début de la maladie.

Observation X. L.... Eugénie, 23 ans, demoiselle de magasin, entre à la salle Saint-Thomas, n° 38, le 20 décembre 1879.

Antécédents. Régliée à 12 ans 1/2. A 18 ans a fait une fausse couche de cinq mois 1/2. Bonne santé habituelle, pas de maladie vénérienne antérieure, femme petite, brune, sans antécédents de scrofules. Vers la fin de novembre, il lui est survenu à la base de la grande lèvre droite un *gros bouton* qui a suppuré et qu'elle a soigné avec de l'eau blanche. Ce bouton mit plus de trois semaines à guérir. Tout à coup, vers le 12 décembre elle a senti dans l'aine droite une grosseur accompagnée de gêne d'abord et de douleur ensuite. Cet accident a pris rapidement, sous l'influence de la station debout et de la marche, des proportions telles que la malade est venue se faire admettre à Saint-Louis.

État actuel, 22 décembre. Les organes génitaux ne présentent aucune écorchure, aucune plaie, le vagin et le col de l'utérus sont sains, il en est de même de l'anus; on voit seulement à la base de la grande lèvre droite une cicatrice de la dimension d'une pièce de 50 centimes et qui est la seule trace de l'accident rapporté plus haut. Dans l'aine droite adénite volumineuse et très douloureuse, fluctuation manifeste, peau commençant à rougir.

24 décembre. Ponction, 20 centimètres cubes de pus bien lié. Mèche et compression.

26 décembre. Il sort encore une bonne cuillerée à café de pus. Même pansement.

28 décembre. Moins de pus, mais quoique la poche fasse soufflet on ne fait plus de compression à cause de l'état des tissus qui sont un peu enflammés. Mèche et cataplasmes.

31 décembre. Presque plus de sécrétion.

3 janvier 1880. A peine un peu de sérosité. La peau a repris sa coloration normale. Le décollement a diminué. Compression méthodique.

5 janvier. Plus de sécrétion. On supprime la mèche en maintenant la compression.

6 janvier. L'ouverture est fermée. On sent sous le doigt les ganglions de l'aine gros et durs mais l'adénite est guérie et la malade sort de l'hôpital.

Résumé de l'observation. Adénite droite suppurée consécutive à une folliculite chancreuse ou à un gros furoncle de la grande lèvre du même côté. Ponction de l'adénite 12 jours après son début. Cicatrisation et guérison 13 jours après l'opération, 25 jours après le début de l'affection.

Observation XI. M.... Henri, 21 ans, garçon de salle, vient à la consultation pour une adénite de la région sous-maxillaire gauche. Pas de mauvaise dent pour l'expliquer et d'ailleurs, la tumeur ayant mis près de deux mois à se développer, on ne peut en rendre responsable que la constitution strumeuse du sujet.

5 février 1880. Ponction qui donne 8 centimètres cubes de pus mal lié. Mèche et cataplasmes.

Le malade revient tous les jours ou tous les deux jours se faire panser à l'hôpital et en retirant la mèche on obtient toujours un écoulement assez abondant de sérosité.

19 février. Le malade n'est pas venu depuis quatre jours et pendant ce temps l'ouverture s'est fermée. On la rétablit avec un stylet et en pressant pour amener l'évacuation de la poche, on fait sortir gros comme une noisette de grumeaux jaunâtres (pus caséux) mêlés à du liquide séreux. C'est le ganglion qui a déterminé l'inflammation circonvoisine et qui s'expulse ainsi par une fonte complète. Pansement légèrement compressif après avoir exprimé tout ce que pouvait contenir la petite poche.

24 février. La cicatrisation est complète et ne laissera aucune trace.

Résumé de l'observation. Adénite monoganglionnaire strumeuse de la région sous-maxillaire gauche. Ponction 2 mois après le début. Fonte et évacuation du ganglion malade. Guérison 19 jours après la ponction, moins de 3 mois après le début.

Observation XII. L... Alphonse, 21 ans, garçon marchand de vin. Ce malade sans antécédents vénériens entre à la salle Saint-Louis, n° 32, le 7 février 1880, pour une éruption d'ecthyma très forte (consécutive à une gale intense) qu'il a, dit-il, depuis le 15 janvier, et pour deux bubons inguinaux qui sont survenus à la fin de janvier en s'accompagnant dès le début d'une douleur vive.

État actuel, 9 février. Garçon pâle, lymphatique. Il porte, entre autres, à la face dorsale de la verge, au bord libre du prépuce, au pubis, d'énormes pustules d'ecthyma, recouvertes de croûtes épaisses et suintantes. On observe de nombreux sillons de gale, non seulement à la verge, mais sur d'autres points du corps, cependant c'est cet organe qui est le plus gravement affecté. Les plaies de la verge continuellement frottées par le vêtement, ont déterminé une lymphangite qui a produit deux bubons inguinaux l'un à droite l'autre à gauche. Celui de droite est fluctuant, le gauche encore dur. Le malade est soumis immédiatement au traitement de la gale et de larges cataplasmes sont appliqués sur les cuisses et sur la verge.

13 février. Ponction de l'adénite droite, 12 centimètres cubes de pus bien lié, mèche et cataplasmes.

16 février. Issue assez abondante de pus sanguinolent. L'adénite gauche prend un grand développement. Malgré les cataplasmes et le repos, il y a beaucoup de rougeur et de douleur, mais pas de fluctuation.

17 février. Presque plus de pus à droite, mais ce pus est toujours sanguinolent. Légère fluctuation à gauche.

18 février. Le bubon droit semble guéri, il ne sécrète plus et on retire la mèche. Le bubon gauche est tellement douloureux que le malade d'ailleurs très pusillanime, n'a pas dormi depuis trois nuits.

19 février. Ponction du bubon gauche. 10 centimètres cubes de pus si épais qu'il coule difficilement par la canule. Mèche et cataplasmes.

26 février. Une inflammation secondaire se produit dans le bubon droit. On introduit un stylet dans l'ancienne ouverture et on provoque ainsi l'issue d'une cuillerée à café de sérosité. Mèche et compression pour les deux bubons.

27 février. Le bubon gauche est guéri.

1^{er} mars. La pression ne fait plus sortir une goutte de liquide à droite. Les deux bubons sont guéris et le malade reste à l'hôpital pour son ethyma.

6 mars. Exeat.

Résumé de l'observation. Adénite inguinale double (droite et gauche) consécutive à un ethyma de la verge, suite de gale. Ponction de l'adénite droite 13 jours après son début; guérison 16 jours après la ponction, 29 jours après le début. Ponction de l'adénite gauche 19 jours après son début; guérison 8 jours après la ponction, 27 jours après le début.

Le malade revu un mois plus tard ne portait pas trace de ses deux bubons.

Observation XIII. K... Nicolas, 19 ans, facteur de pianos, entre à la salle Saint-Louis, n° 26, le 14 février 1880, pour des chancres mous et un bubon en voie de suppuration.

Antécédents. A eu, en mai 1879, un chancre, infectant de la verge, pour lequel il a été soigné à l'hôpital du Midi. Il y a fait un séjour de trois mois pendant lesquels la syphilis a suivi son évolution. Depuis cette époque le malade s'est abstenu de femmes jusqu'en janvier 1880. Le 15 janvier, 8 jours après le coït, survint de la douleur à la verge, au niveau du frein, en même temps qu'un gonflement assez considérable du prépuce. Dans les premiers jours de février, début d'un bubon à gauche; celui-ci prend une marche assez rapide et le malade vient demander son admission à l'hôpital.

État actuel, 16 février. Le prépuce recouvre le gland de façon qu'on ne peut voir les accidents (chancres mous probablement) qui sont situés dans la région du frein, et qu'on sent très bien à travers les tissus. L'adénite, très douloureuse n'a qu'un volume moyen, la fluctuation est manifeste mais les tissus sont encore résistants.

17 février. Ponction qui donne 13 centimètres cubes de pus bien lié, avec lequel on fait une inoculation au bras gauche. Mèche et cataplasme pour pansement du bubon,

19 février. L'inoculation est douteuse, le pus sort en assez grande quantité de l'adénite quand on retire la mèche le matin.

22 février. L'inoculation est décidément positive; on la détruit. Il s'est produit depuis hier une ouverture spontanée du bubon, dans un point opposé à celui de la ponction qui, comme toujours, est au point le plus déclive. Cette ouverture se trouve donc en haut et en dehors.

26 février. L'ouverture faite par le trocart s'ulcère. On cesse l'emploi de la mèche et on prescrit des injections dans la plaie avec la solution de nitrate d'argent 1/30.

27 février. Une nouvelle ouverture se fait à côté de l'ouverture chirurgicale.

7 mars. 3^e ouverture spontanée mais à peine visible. A partir de cette époque, l'ouverture chirurgicale agrandie par les deux ouvertures spontanées qui sont venues se confondre avec elle permet plus facilement l'introduction de la seringue; les injections se font mieux et le bubon chancreux suit son évolution. L'ouverture supérieure a toujours été insignifiante et l'ouverture du trocart en se réunissant aux deux autres n'a jamais dépassé la dimension d'une lentille.

10 mars. On peut découvrir le gland et on voit alors tant à sa base que sur le frein et à la face interne correspondante du prépuce, 3 chancres mous en pleine réparation.

25 mars. Le bubon chancreux est complètement guéri.

3 avril. Les chancres sont guéris. Exeat.

Résumé de l'observation. Trois chancres mous du frein, du prépuce et du gland, survenus huit jours au plus après le coït infectant (le malade peu sougneux de lui-même ne s'est aperçu de son mal que lorsqu'il a eu un commencement de phimosis, mais le ou les chancres devaient exister depuis quelques jours déjà); début du bubon 15 à 20 jours après les chancres. Bubon chancreux, inoculation positive mais lente; le chancre qu'elle produit ne se manifeste que le 6^e jour. Ponction du bubon 15 jours après son début, 3 autres ouvertures spontanées et successives. Guérison avec cicatrices insignifiantes 36 jours après la ponction, 51 jours après le début, 9 jours avant la guérison complète des chancres.

Observation XIV. C... Michel, 51 ans, cuisinier, entre à Saint-Louis, salle Saint-Léon, n^o 26, service de M. le D^r Besnier, le 1^{er} mars 1880.

Antécédents. Bonne santé, bonne constitution apparente, n'a pas d'autres antécédents vénériens qu'une orchite blennorrhagique il y a six ans.

Le malade raconte que vers le 15 février, huit jours après un coït extra-conjugal, il vit apparaître à la verge le *bouton* qui l'amène ici.

Deux jours plus tard, s'étant heurté fortement la région inguinale gauche contre une table, il se forma en ce point une grosseur qui ne tarda pas à devenir tellement douloureuse qu'il entra à l'hôpital. Sauf les soins de propreté le malade ne fit aucun traitement.

Etat actuel, 2 mars. Dans le sillon balano-préputial à gauche, on voit un chancre mou suintant peu, à fond jaune, en voie de réparation, et, sur les replis terminaux du prépuce, une légère excoriation linéaire provenant d'une auto-inoculation naturelle. Dans l'aîne gauche, adénite assez considérable, mais quoiqu'elle soit fluctuante, les tissus qui la recouvrent sont encore trop épais pour s'ouvrir. On panse les chancres à l'iodoforme.

10 mars. Malgré l'immobilité et les cataplasmes, la peau qui recouvre l'adénite s'est amincie et on fait la ponction qui donne 14 centimètres cubes de pus mêlé de sang mais bien lié. Mèche et cataplasmes.

11 mars. Issue assez abondante de pus épais et crémeux. Les bords de la piqûre sont légèrement ulcérés, ce qui peut faire craindre un bubon chancreux.

12 mars. Même état.

14 mars. La plaie d'entrée s'est encore un peu élargie. Compression.

16 mars. Il ne sort plus qu'un peu de sérosité.

25 mars. État toujours stationnaire. La plaie, ayant toujours le même aspect, ne s'est pourtant pas augmentée, on fait sur l'abdomen une inoculation avec une épingle.

27 mars. Pansement à l'iodoforme.

30 mars. Inoculation négative. L'iodoforme n'ayant produit aucun résultat, on se sert de la solution de nitrate d'argent en injection.

5 avril. Mieux sensible.

9 avril. Exeat, guéri.

Résumé de l'observation. Adénite inguinale gauche non chancreuse, consécutive à un chancre mou du sillon balano-préputial et déterminée peut-être

par un heurt violent. Ponction 21 jours après le début. Guérison 29 jours après la ponction, 50 jours après le début.

Observation XV. R.... Emile, 24 ans, employé, entre à la salle Saint-Louis n° 43, pour une triple perforation du voile du palais d'origine syphilitique. Le malade a contracté la syphilis en 1873.

7 avril. Le lendemain de son entrée, le malade s'aperçoit d'une petite ulcération dans le sillon balano-préputial gauche. Pris au premier abord pour une syphilide ulcéreuse à cause de son indolence (l'écoulement du pus en révéla seul la présence au malade), cet accident est en réalité un chancre mou. Le dernier coit avait eu lieu 3 jours avant l'entrée, et le coit précédent remontait à 3 semaines. Le même soir, gonflement dans l'aîne gauche.

11 avril. Le bubon devient douloureux et la peau rougit.

20 avril. Fluctuation bien nette. Ponction qui donne 12 centimètres cubes de pus bien lié. Mèche et cataplasmes. Inoculation au bras avec le pus du bubon.

21 avril. Expulsion d'une quantité de pus égale à celle de la veille et mêlée de sang.

25 avril. Inoculation positive. On la détruit. L'orifice de la ponction devient chancreux. Injection de solution de nitrate d'argent 1/30.

1^{er} mai. Il se fait, au-dessus du point ouvert avec l'instrument et en dehors, une ouverture spontanée.

23 mai. Les deux plaies, qui n'ont jamais atteint une grande dimension, se rétrécissent de jour en jour. Compression légère.

27 mai. L'ouverture spontanée est guérie, la première est à peine visible.

1^{er} juin. Guérison du bubon chancreux, il y a plusieurs jours que le chancre est guéri.

Résumé de l'observation. Bubon chancreux gauche causé par un chancre mou unique de la verge chez un syphilitique, et se produisant presque en même temps. Ponction du bubon 13 jours après le début. Ouverture spontanée 11 jours plus tard. Guérison sans cicatrice 41 jours après la ponction, 54 jours après le début.

Observation XVI. R.... Henriette, 19 ans, fleuriste, entre à la salle Saint-Thomas, n° 25, le 27 mai 1880.

Antécédents. Réglée à 11 ans, pas d'enfants, pas de maladie vénérienne antérieure. A la fin d'avril, a eu à la fourchette une petite végétation qu'elle a écorchée puis cautérisée au nitrate d'argent, et qui a duré fort longtemps. Au commencement de mai, douleur à l'anus. Le 12 mai, après une marche forcée, gonflement et retentissement douloureux dans l'aîne gauche.

Etat actuel, 29 mai. A la fourchette, ulcération en réparation impossible à définir. A l'anus, du côté du périnée, chancre mou en feuillet de livre (unique). Adénite fluctuante mais peu volumineuse à gauche. Le jour même, ponction qui donne 10 centimètres cubes de pus en grumeaux, mêlé de sérosité. Mèche et compression.

31 mai. Le pus qui sort du bubon est ichoreux et l'ouverture s'est ulcérée assez pour rendre la mèche inutile. Le bubon est certainement chancreux, aussi ne fait-on pas d'inoculation. Comme traitement, injections de nitrate d'argent 1/30.

9 juin. Amélioration, la plaie d'ouverture se rétrécit. Compression.

15 juin. Cicatrisation complète, la malade reste à l'hôpital pour le chancre de l'anus.

Résumé. Bubon chancreux inguinal gauche causé par un chancre mou de l'anus et survenu 15 jours environ après lui. Ponction 17 jours après le début du bubon. Guérison 17 jours après la ponction, 34 jours après le début. Mèche et compression pendant 2 jours, puis injections de nitrate d'argent, et enfin compression. Cicatrice à peine visible au moment de la guérison et destinée certainement à disparaître entièrement.

Observation XVII. G.... Maria, 23 ans, cuisinière, entre à la salle Saint-Thomas n° 28, le 26 mai 1880.

Antécédents. Régliée à 18 ans, pas d'enfants. A eu la variole à 5 ans, c'est une bretonne. Est venue à Saint-Louis en 1878, pour végétations anales. Au commencement de 1879, a été soignée en ville pour des syphilides vulvaires et buccales accompagnées du cortège habituel, céphalée, roséole, alopecie, etc. Ces accidents ont duré 9 mois.

Etat actuel, 26 mai. Vaste adénite sous-maxillaire gauche, bien fluctuante, vraisemblablement syphilostrumeuse, car aucune plaie buccale, de la face, de la tête ou du cou ne vient l'expliquer. Il y a un mois que l'adénite a commencé. Séance tenante, ponction qui donne, chiffre énorme, 55 centimètres cubes de pus peu épais mais homogène. Mèche, cataplasmes et traitement antisiphilitique. Le pus se reproduit chaque jour en quantité moindre mais pourtant encore considérable. On injecte alors de la teinture d'iode, diluée d'un tiers, dans la poche qui, à partir de ce moment, donne de moins en moins.

16 juin. Guérison complète.

Résumé de l'observation. Adénite sous-maxillaire gauche énorme. Ponction un mois après le début. Guérison sans cicatrice (1) 21 jours après la ponction, 50 jours environ après le début.

Observation XVIII. L.... Augusta, 27 ans, mécanicienne, entre à la salle Saint-Thomas, n° 14, le 29 mai 1880.

Antécédents. Régliée à 13 ans 1/2, pas d'enfants. En 1874, soignée à Lourcine, où elle est restée six mois en deux fois, pour syphilides vulvaires et vaginites. En 1877, entre à Saint-Louis pour accidents semblables et y reste 15 jours.

Etat actuel, 31 mai. Femme blonde, pâle, lymphatique. Pas de rhumatisme antérieur. La malade présente sur les deux jambes des plaques disséminées d'érythème noueux qui ont commencé à paraître au milieu de mai? Rien à la vulve, rien à l'anus. Elle porte de plus dans chaque aine une adénite. Celle de gauche a débuté il y a six semaines, vers le milieu d'avril, celle de droite au commencement de mai. L'adénite gauche est plus volumineuse que la droite, elle est fluctuante et toutes deux sont très douloureuses. Le jour même ponction de l'adénite gauche, 8 centimètres cubes de pus bien lié. Mèche, cataplasme. Au bout de quelques jours, compression, pas de complication. Sort guérie le 19 juin. L'adénite droite, qui n'a jamais été mani-

(1) Cette femme, revue par nous le 3 juillet, ne portait qu'une cicatrice à peine visible et la suppuration ne s'était pas reproduite.

testement fluctuante, a guéri sans suppuration sous l'influence du repos et des cataplasmes.

Résumé de l'observation. Adénite inguinale double chez une lymphatique, et déterminée probablement par la machine à coudre. La gauche seule suppure. Ponction six semaines après le début. Guérison 19 jours après la ponction, 60 jours environ après le début.

III

Les 18 observations qui précèdent nous ont toutes été fournies par le hasard de la consultation de Saint-Louis, et sauf trois cas que nous n'avons pas enregistrés : deux bubons chancreux ouverts spontanément le soir même de leur entrée et un bubon multiple strumeux, sorti de l'hôpital en plein cours de traitement, nous avons opéré indistinctement et sans sélection tous les cas qui se sont présentés à nous, de février 1879 à mai 1880 (1).

Un de nos malades, celui de l'observation XII, ayant eu deux adénites, nous avons pu appliquer 19 fois en tout la méthode de l'aspiration.

Or, ces 19 bubons peuvent se diviser ainsi :

12 consécutifs à des chancres mous { 6 chancereux (2).
6 non chancereux (3).

2 syphilitiques ou syphilo-strumeux (4) dont 1 sous-maxillaire (5).

2 consécutifs à la gale (6).

3 strumeux (7) ou tout au moins développés chez des strumeux et dont 1 était sous-maxillaire (8).

Laissant pour un instant de côté les deux adénites sous-maxillaires, occupons-nous d'abord des 17 bubons inguinaux.

Nous proposons de les diviser en deux catégories :

(1) Il ne faudrait pas conclure de ce petit nombre d'observations à la rareté des bubos; mais ni l'hôpital Saint-Louis, ni surtout un service de clinique ne sont destinés à recevoir ces affections qui ont leur place mieux marquée aux hôpitaux du Midi et de Lourcine, quand elles proviennent de maladies vénériennes, ou dans un service de chirurgie quand elles sont d'origine strumeuse. Nous remercions donc une fois de plus notre maître, M. le professeur Fournier, de son obligeance, et nous prions également M. le Dr Besnier d'agréer nos remerciements pour l'observation qu'il a bien voulu nous laisser prendre dans son service.

(2) Voyez Obs. III, IV, V, XIII, XV, XVI.

(3) Voyez Obs. I, II, VI, VIII, X, XIV.

(4) Voyez Obs. VII.

(5) *Voyez Obs. XVII.*

(6) *Voyez* OBS. XII.

(7) Voyez OBS., IX, XVIII.

(8) Voyez Ous. XI.

1° Bubons traumatiques et bubons non virulents (1) ;

2° Bubons virulents et bubons strumeux.

Voici sur quelles données nous nous appuyons pour établir cette distinction qui, au premier abord, peut paraître inexacte, puisque le bubon virulent a toujours pour origine le chancre, que l'on peut comparer à un traumatisme.

Un bubon consécutif à un chancre mou, mais dont le pus *n'est pas inoculable* se comporte exactement de même qu'un bubon déterminé par une plaie quelconque, syphilitique ou autre, par un frottement, par une excoriation, en un mot par une irritation de quelque nature qu'elle soit qui détermine une lymphangite ; c'est enfin un bubon aigu sans caractère propre qui puisse le distinguer des autres.

Le bubon virulent, au contraire, celui qu'on appelle aussi bubon d'absorption ou chancreux, tout en ne présentant aucun caractère objectif particulier (tant qu'il n'est pas ouvert), a, dès le début, une marche lente qui permet de le comparer au bubon strumeux. Une fois ouvert, on trouve encore dans la marche de ces deux accidents des lenteurs, des temps d'arrêt, des reprises inflammatoires qui augmentent leur similitude. Leurs cicatrices elles-mêmes, quand on les a opérées par le bistouri, se ressemblent par plus d'un point ; par leur irrégularité, leur multiplicité et enfin par la dépression des tissus qui en est la conséquence fatale ; leur grande dissemblance consiste en ce que le pus *est ou n'est pas inoculable*, et si le procédé que nous vantons, en supprimant les cicatrices hideuses, diminue leur inconvénient le plus désagréable, il les laisse égaux quant à la durée du traitement. Cela n'a rien d'étonnant. En effet, dans le bubon aigu non virulent, le parenchyme a bien été le siège d'une inflammation, mais celle-ci a été courte et seulement suffisante pour servir de point de départ à une phlegmasie de voisinage ; dans beaucoup de cas même on serait tenté de nier cette inflammation du ou des ganglions et de rapporter aux vaisseaux lymphatiques, seuls enflammés, la collection purulente qui en est la suite, car, le pus une fois évacué, les tissus ne laissent souvent percevoir sous eux aucune induration. C'est donc à de simples abcès, à des *péri-adénites* qu'on a affaire dans ces cas-là, et non à des adénites vraies, à des ganglions suppurés. Dans le bubon virulent, au contraire, deux éléments distincts, deux coefficients viennent se réunir pour en

(1) Le mot *traumatique* n'est ici employé par nous que conventionnellement et seulement pour définir un des genres de cette affection : celui qui ne reconnaissant pas pour origine la scrofule, est un simple abcès chaud dont le pus n'est pas inoculable. Nous n'ignorons pas que ce terme est impropre, et nous l'employons faute de mieux, en l'absence de classification nettement établie. En un mot, il représente pour nous l'idée d'un abcès ganglionnaire ou périganglionnaire consécutif à une lésion quelconque, brûlure, écorchure, plaie de toute nature, etc.

faire une vraie adénite : d'une part, le traumatisme, de l'autre, les qualités nocives et particulières du pus qui, même sans phagédénisme, tendent à détruire, en les modifiant absolument, tous les tissus qu'ils touchent. De sorte que, comme cela se rencontre souvent dans les abcès strumeux, il y a d'abord une péri-adénite, laquelle est non seulement sus, mais souvent sous-ganglionnaire, et postérieurement une destruction complète du ganglion ; cela dans la majorité des cas, surtout quand on laisse les choses à elles-mêmes ou quand l'intervention n'est pas assez énergique pour combattre la force destructive du pus.

Ces distinctions étant, ce nous semble, suffisamment établies, il nous est permis de considérer comme simplement traumatiques 9 des bubons énumérés plus haut. Parmi eux, 6 étaient consécutifs à des chancres mous, 2 à un ecthyma de la verge, suite de gale, 1 à une syphilide anale irritée par le frottement. Ces 9 cas nous ont donné une moyenne de 11,5 jours pour la guérison complète à partir du jour de l'opération. Les extrêmes ont été de 5 et de 29 jours, résultat vraiment inespéré, car nos observations antérieures nous avaient donné une moyenne de 17 jours.

Dans la seconde catégorie nous trouvons 6 bubons chancreux et 2 bubons strumeux. Des 6 bubons chancreux 5 ont été inoculés et ont donné des résultats positifs, le 6^e, celui de l'observation XVI, témoignait assez sa virulence par l'état de la plaie pour que l'inoculation ait été jugée superflue. Ces 8 bubons ont demandé en moyenne 37,3 journées pour arriver à la guérison depuis le jour de la ponction, les extrêmes ayant été de 17 et de 71 jours.

Cette différence énorme dans la durée du traitement 11,5 et 37,3, plus du triple, vient à l'appui de notre opinion sur la nature de ces deux genres d'adénites et les chiffres nous donneraient encore raison dans la comparaison entre les bubons chancreux et les bubons strumeux ou syphilo-strumeux. Si l'on considère les premiers seuls, la guérison s'obtient en 36,5 jours en moyenne, et pour les seconds la moyenne est de 40 jours, ce qui se ressemble beaucoup.

Mais ce n'est pas tout et nous trouvons de nouveaux arguments en faveur de la thèse que nous soutenons : 1^o dans la durée totale de la maladie ; 2^o dans l'époque où la ponction a été faite.

En effet, combien de temps ce que nous appelons des péri-adénites mettent-elles à guérir ? 28,1 jour en moyenne ; et les autres, les adénites vraies, chancreuses ou strumeuses ? 64,8 jours.

Combien de temps après leur début a-t-on pu les ouvrir (1) ? 16,6 jours pour les premières, 27,5 jours pour les secondes.

(1) L'expérience nous a démontré que, pour la méthode de l'aspiration, le moment le plus favorable pour l'ouverture d'un bubon, quel qu'il fût, était celui où le pus était bien collecté et la peau légèrement amincie. C'est, par conséquent, cette époque pathologique qui sert de base à nos comparaisons.

Pour fixer les idées, nous allons établir le tableau de ces différentes moyennes.

	PERI-ADÉNITES.	ADÉNITES CHANCREUSES ET STRUMEUSES.
Journées de maladie avant la ponction.....	16,6	27,5
Journées de maladie après la ponction.....	11,5	37,3
Durée totale de la maladie.....	21,8	64,8

Mais alors quels seront donc les avantages de la méthode pour les bubons chancreux ?

Ils sont de plusieurs sortes.

L'aspiration permet :

1° Une fois le pus extrait par une ouverture insignifiante, de s'assurer de sa nature par l'inoculation ;

2° Le pus étant reconnu virulent, de combattre ses effets destructeurs par des injections de nitrate d'argent dans l'intérieur même du bubon, et souvent (voy. obs. III et IV) on empêche ainsi d'autres ouvertures de se faire. La solution qui nous a toujours le mieux réussi est celle-ci :

Azotate d'argent. 1 gramme.

Eau distillée 30 —

3° La plaie d'ouverture, quand bien même elle s'ulcérerait, n'est pas sujette à voir ses bords se renverser, les décollements, s'ils se produisent, ne se font pas à ciel ouvert, une compression légère en fait prompt justice et on n'a pas, comme dans l'ouverture par le bistouri, un ou plusieurs énormes chancres ;

4° Quelque lente que soit la guérison de ces accidents, si on compare le chiffre de leur moyenne à celui fourni par le bistouri, on ne peut hésiter à donner l'avantage au trocart aspirateur. En effet, il résulte d'une statistique publiée par nous, en 1874, que 8 bubons ouverts par le bistouri avaient mis en moyenne 82 jours à guérir depuis le jour de l'opération, et encore, de ces 8 bubons, 5 n'étaient ni virulents ni strumeux : 82 jours pour les uns, 37,3 pour les autres, nous pensons que ces chiffres se passent de commentaires ;

5° Cicatrices insignifiantes même quand la ou les plaies s'ulcèrent.

Pour le bubon strumeux auquel d'après notre avis, le mieux est de ne

toucher que quand on ne peut pas faire autrement, nous reconnaissons que notre méthode n'offre qu'un seul avantage réel c'est la cicatrice qui, dans les plus mauvais cas, n'est jamais importante.

Nous avons cité (voy. obs. XI et XVII) deux cas d'adénites sous-maxillaires, l'une strumeuse, l'autre syphilo-strumeuse. Le ganglion a été expulsé dans ces deux cas et nous ferons remarquer en passant que les adénites de cette région ont, en général, une marche plus rapide que celle de la région cervicale ou de la région inguinale. En effet, elles ont mis l'une 19, l'autre 21 jours à guérir, et pourtant la dernière avait des dimensions énormes.

Résumons-nous.

A notre avis, les adénites suppurées, de quelque nature qu'elles soient et quelque soit leur origine, doivent être ouvertes par la méthode de l'aspiration (1).

On doit attendre pour les ouvrir que le pus soit bien collecté, que la fluctuation soit bien manifeste.

On est certain de guérir le malade avec des cicatrices presque invisibles ou du moins insignifiantes.

Enfin la durée de la maladie est, dans tous les cas, sans comparaison plus courte puisque 19 observations prises au hasard nous ont donné une moyenne de 24 journées environ depuis le jour de l'opération (2).

La méthode n'a qu'un seul inconvénient lequel ne doit pas compter pour le médecin et encore moins pour le malade, c'est d'exiger une surveillance et des soins quotidiens.

(1) Nous renvoyons pour le procédé opératoire à notre étude sur les adénites inguinales (Paris, Delahaye, 1874), et nous recommandons plus que jamais l'emploi du trocart de Castiaux dont la pointe cachée ne blesse pas le malade.

(2) Les moyennes obtenues par nous, dans les observations prises à Saint-Lazare étaient un peu plus élevées pour les péri-adénites, et nous croyons que la cause doit en être rapportée tant à la négligence des malades qu'aux soins insuffisants qu'elles recevaient. Mais le résultat total est presque identique, puisque nous avons trouvé alors 23 journées de maladie et que les observations de Saint-Louis nous ont donné un peu moins de 24 journées.

RECUEIL DE FAITS.

I

SYPHILIS CHEZ UNE NÈGRESSE

Observation recueillie par **BARTHÉLEMY**, chef de clinique de la Faculté.

« Les Européens, dit Alibert (p. 551), paraissent avoir surtout contribué à propager la vérole transportée de climat en climat; cette maladie s'est, en quelque sorte, exaspérée par les influences d'une température étrangère. »

C'est en effet une idée fort répandue, presque aussi répandue que la vérole elle-même, que la syphilis est plus mauvaise dans les pays chauds que dans les climats tempérés.

Cela tient-il au virus, aux races, aux idiosyncrasies, à la nourriture, ou bien à la température? Bien des travaux ont été faits à ce sujet; tout récemment encore, dans ces *Annales* mêmes, paraissait un mémoire où M. Rey étudiait la syphilis selon les climats et les races.

Quoi qu'il en soit, il est peu de jours où l'on n'entende dire que la vérole, contractée en Afrique, par exemple, est spécialement maligne. Celle d'Asie, d'après Alibert (p. 552), serait particulièrement redoutable.

« La maladie vénérienne prend un caractère infiniment dangereux lorsqu'elle provient d'un Chinois, infecté dans son *pays natal*. M. de Sainte-Croix dit que la maladie venue en ces lieux résiste à tous les remèdes connus; le mercure même n'a aucun pouvoir contre un tel fléau. »

Pour nous, nous savons ici que l'été et les chaleurs sont plus favorables aux syphilitiques de nos climats que l'hiver et les froids; que ce soit parce que le froid constitue un traumatisme servant d'appel à la diathèse, parce que l'épuration du sang se fait mieux par les sueurs de l'été, ou pour toute autre raison.

Nous ne voulons d'ailleurs nullement trancher une question que nous ne connaissons pas suffisamment, puisque nous n'avons pas observé la syphilis à l'étranger. Nous émettrons seulement un doute :

La syphilis est-elle bien réellement plus redoutable dans certains pays, sous certains climats que sous certains autres?

La syphilis, si elle est plus grave là-bas qu'ici, ne se comporte-t-elle pas ainsi, non pas à cause d'une malignité qui lui soit propre, mais à cause d'un traitement nul ou insuffisant?

Pour Alibert, le doute n'existe pas : « Les éruptions funestes (p. 562) sont

le triste apanage des noirs qui habitent la zone torride. Les nègres d'Afrique ont répandu ces fléaux dévastateurs, qui menacent maintenant toutes les races humaines, dans le Nouveau-Monde, lorsqu'ils y ont été conduits pour en cultiver les vastes déserts. »

Toutes ces réflexions nous ont été inspirées par un cas de syphilis que nous observons actuellement à Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier.

Cette syphilis, qui évolue chez une jeune négresse de 18 ans, semble bénigne et avoir une marche qui ne diffère en rien de celle que l'on constate journellement à Paris. Il est vrai que c'est à Paris qu'elle a été contractée, et que c'est tout simplement l'évolution du virus syphilitique parisien que nous pouvons étudier chez une négresse.

La négresse est de race africaine, autrefois importée aux Antilles ; elle est native de Haïti, une des Antilles, précisément réputées comme la prétendue patrie de la syphilis.

La syphilis, chez cette malade, est restée plusieurs mois sans traitement ; elle date en effet de cinq mois, et a été pour la première fois soumise au traitement depuis moins d'un mois.

Elle est caractérisée par des syphilides cutanées, buccales et périvulvaires, par de l'adénopathie rétro-cervicale double, et par une alopecie intense, produisant, sur sa tête crépue, de nombreuses et larges clairières.

Les syphilides papuleuses et papulo-érosives que l'on trouve sur le bord libre des grandes lèvres, ont un aspect si insolite que le professeur Fournier en a fait conserver le moulage au musée Saint-Louis. (Pièce n° 368 de sa collection particulière.) La coloration normale des grandes et des petites lèvres est d'un beau noir, présentant sous certaines incidences de lumière des reflets blanchâtres, luisants, qui rappellent les étoffes moirées.

Si l'on écarte les petites lèvres, la vulve apparaît avec une coloration d'un rose pâle, formant un contraste d'autant plus frappant que les parties voisines sont plus teintées.

Sur les grandes lèvres ainsi noires apparaissent un certain nombre de grosses papules, arrondies, surélevées, proéminentes comme des pastilles et réalisant le type des *syphilides papulo-hypertrophiques*. Mais au lieu d'être roses ou rouges, elles sont d'un blanc éclatant, et ressemblent à d'épaisses taches de plâtre, qui résistent au frottement et au dessèchement par la compresse.

Ces plaques ont rapidement cédé au traitement par la liqueur de Labarraque et la poudre d'oxyde de zinc, c'est-à-dire au traitement local habituel des syphilides.

Mais on peut voir facilement, encore aujourd'hui, des traces marquant la place des lésions passées. Elles sont, comme celles-ci, exactement arrondies, apparaissent nettement limitées par des bords étroits, légèrement surélevés, de façon à faire croire à une sorte de plateau central déprimé. — Les bords sont d'une coloration plus foncée ; le centre de la lésion est plus clair, plus luisant, et donne bien l'idée des macules qui succèdent, chez les blancs, aux syphilides de même ordre et qui ont aussi leurs bords pigmentés.

L'éruption cutanée est plus bizarre et se présente avec des caractères encore plus insolites que les lésions vulvaires.

La peau en effet est extrêmement foncée en couleur, bien qu'elle ne soit pas d'une teinte uniforme ; le cou notamment présente une pigmentation très accentuée, couleur d'encre. La peau est moins brune dans le dos, où elle est

aussi remarquablement douce au toucher. Sur la poitrine, elle prend une teinte jaunâtre très remarquable, ressemblant fortement au beau bronze jaune des statues modernes. J'ai déjà signalé l'aspect irisé, moiré de la peau des cuisses, qui présente des reflets brillants, presque chatoyants.

Comment retrouver, sur un pareil sujet, les papules roses, les taches cuivrées, les squames grisâtres qui caractérisent les syphilides dans la race blanche ?

L'éruption spécifique est cependant nettement apparente. Elle se compose de deux ordres d'éléments, que nous avons vus naître et se développer, une fois que nos yeux ont été exercés à ce diagnostic.

a). — Les plus nombreux sont constitués par des *syphilides squameuses*, au niveau desquelles l'épiderme est plus épais, plus abondant, et qui apparaissent conséquemment sous forme de *taches plus noires que la peau saine*. Elles sont plus visibles sur le fond jaune de la région présternale; mais elles peuvent aussi se découvrir dans le dos, sur les épaules et sur les cuisses, c'est-à-dire dans les régions où la coloration noire est la plus prononcée.

b). — Les autres éléments de l'éruption sont formés de *papules*, légèrement proéminentes, exactement limitées et dépourvues de l'épiderme qui recouvrirait leur surface. Aussi apparaissent-elles rouges ou roses, nettement arrondies, entourées d'une étroite bande circulaire plus noire que la peau saine, mais régulière et non déchiquetée comme la fameuse collerette de Bielt.

C'est bien parce que ces *papules* ont perforé l'épiderme ou ont été dépouillées de leur revêtement épidermique, qu'elles apparaissent ainsi en rose. Et, en effet, cette coloration se fait remarquer également sur les lésions linéaires de grattage et sur les pustules plus considérables d'une vaccination récente, qui sont entourées aussi d'une zone très noire.

Ces *papules*, moins nombreuses que les syphilides maculo-squameuses, se montrent surtout aux seins, dans le dos, aux épaules et aux cuisses. Elles sont bien circonscrites de forme, mais irrégulières de dimensions, fines comme une tête d'épingle ou larges comme une lentille, très perceptibles au doigt dans les deux cas, les unes très saillantes, les autres à peine surélevées.

Les *syphilides squameuses*, au contraire, sont imperceptibles au toucher; mal ou irrégulièrement limitées, pour le plus grand nombre, très exactement arrondies pour quelques-unes seulement; elles atteignent la largeur d'une pièce de vingt centimes ou celle d'un gros pois, et se remarquent mieux, quand elles sont plus petites, avec une incidence oblique de lumière que de face, en raison de leur pigmentation plus forte et de leur aspect plus luisant.

Tous ces éléments sont, ai-je dit, plus nombreux aujourd'hui qu'au moment de l'arrivée de la malade; ils sont indolents et répondent bien au *polymorphisme* attribué, avec raison, par M. Fournier, aux éruptions de la syphilis jeune. Les syphilides cutanées apparaissent donc très noires sur un fond noir, ou brunes sur un fond jaune. Les syphilides érosives des lèvres, de la langue, des amygdales ne présentent rien de spécial; de même, une syphilide aréolaire du voile du palais ne se fait remarquer que par son étendue et la régularité de ses contours qui sont étroits, rouges, érosifs.

D'ailleurs, pas de céphalée, pas de périostite, pas de fièvre, pas d'insomnie. En résumé, bon état général. Cette négresse, jusqu'à présent, tolère bien sa syphilis qui est de moyenne intensité et traitée par 10 centigrammes de proto-iodure de mercure, soit deux pilules par jour.

PAPULES SYPHILITIKES DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE ET BULBAIRE,

par le professeur **DOR.**

L'extrême rareté des observations pareilles au fait que nous allons décrire nous engage à le publier avec quelques détails. Il est toutefois probable que le fait en lui-même n'est point si rare, mais qu'il a passé inaperçu, à cause de l'importance beaucoup plus considérable de la maladie générale. Les ophtalmologistes ont mentionné plusieurs affections spécifiques des paupières et de la conjonctive, telles que chancre mou ou induré, l'ulcère calleux, les tumeurs gommeuses, les papules ulcérées, mais nulle part je n'ai trouvé de description s'appliquant exactement au cas que je viens d'observer; les ouvrages de dermatologie sont, de leur côté, muets sur ce point spécial.

M^{me} X..., âgée de 40 ans, se présente à ma clinique le 20 janvier 1881. Elle a la figure parsemée de taches cuivrées, décrites par tous les syphiligraphes sous le nom de papules spécifiques. Elle avoue avoir eu, il y a quelques mois, l'accident primitif et toutes ses conséquences.

A première vue, les paupières de l'œil droit paraissent affectées de 4 chalazions, mais en examinant plus exactement, on reconnaît bientôt que la tuméfaction est superficielle, limitée à la conjonctive et au tissu sous-jacent, et ne pénètre pas jusqu'au cartilage tarse. Deux de ces tumeurs, longues de 7 à 8 millimètres, larges de 3 à 4, et en relief d'environ 1 millimètre, se trouvent sur le rebord de la paupière inférieure, séparées par un espace sain d'environ 3 millimètres. Les parties affectées sont d'un rouge vif, la paupière légèrement en ectropion à leur niveau; le reste de la conjonctive est également enflammé, probablement à cause du séjour trop prolongé des larmes, occasionné par cet ectropion partiel. La sécrétion est celle d'une conjonctivite simple; il n'existe aucune excavation ni ulcération au niveau des papules.

Deux petites tumeurs pareilles siègent sur la conjonctive de la paupière supérieure, dont l'une, au voisinage immédiat du point lacrymal, a tout à fait l'apparence d'un chalazion; une seconde, qui n'est visible que lorsqu'on retourne la paupière, ressemble aux papules de la paupière inférieure.

Dans l'œil gauche, les paupières et la conjonctive palpébrale sont intactes, mais en soulevant la paupière supérieure, on aperçoit, au-dessus du grand angle de l'œil, à 5 ou 6 millimètres du bord de la cornée, entre l'insertion du

droit interne et du droit supérieur, dans la conjonctive bulbaire, deux petites tumeurs, l'une inférieure, ovale, longue de 1 millimètre, large de 6 à 7 millimètres, et proéminent de 1 millimètre environ; l'autre, supérieure, plus petite, un peu en dehors et en haut de la première, arrondie, d'un diamètre de 2 à 3 millimètres, et haute également d'un millimètre, semblable à une grosse granulation aplatie. Ces deux tumeurs sont constituées par un tissu assez résistant, lardacé, d'un jaune rosacé, et recouvertes de nombreux vaisseaux très injectés. L'apparence est bien différente de celle des tumeurs des paupières de l'œil droit; toutefois, en présence des nombreuses papules répandues sur tout le corps, je n'hésite pas à considérer ces différentes tumeurs comme identiques, et la variété de leur aspect doit tenir à la différence anatomique qui existe entre la conjonctive palpébrale et la conjonctive bulbaire.

Le traitement commencé (attouchements avec le sulfate de cuivre en substance, et l'usage à l'intérieur de l'iodure de potassium), a déjà amené une amélioration notable, et je ne doute pas qu'il suffise pour obtenir une guérison totale de l'affection oculaire.

III

RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN SURVENU CHEZ UNE FEMME ATTEINTE DE SYPHILIS TERTIAIRE. DILATATION CONSÉCUTIVE ET MÉCANIQUE DU CANAL DE L'URÈTRE (1).

Par le Dr **PAUL SPILLMANN**, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, médecin de la maison de secours.

La fille P..., âgée de 40 ans, a joui d'une excellente santé pendant sa jeunesse. Elle a été réglée à l'âge de 16 ans; elle n'a jamais été enceinte. Il y a vingt-deux ans, elle entra, pour la première fois, en traitement dans le service des vénériennes à la maison de secours. La feuille d'observation porte qu'elle était atteinte, à ce moment, d'accidents syphilitiques secondaires (tubercules plats de la vulve, etc.), accompagnés de vaginite.

En quittant l'hôpital, elle entra successivement dans plusieurs maisons publiques, et fut soignée, tant à Thionville qu'à Metz, pour des syphilides ulcéreuses de la vulve. A Metz, notamment, elle fit un séjour de trois mois dans le service des vénériennes, et y fut traitée par la liqueur de Van Swieten. Dans la même année, elle fut atteinte d'une vaginite. Les trois années qui suivirent se passèrent sans accidents syphilitiques. Survinrent alors un écoulement purulent des fosses nasales et un ozène pour lesquels la fille P... dut rentrer à l'hôpital, où elle fut traitée par des injections nasales de solutions

(1) Cette observation a été recueillie dans mon service par le Dr Rémy, et communiquée à la Société de médecine de Nancy, dans la séance du 23 mars dernier.

de chloral. Après sa sortie, elle continua néanmoins sa vie de prostituée. Elle revint à Nancy en 1872, et fut amenée à nouveau à la maison de secours pour des syphilides vulvaires (tubercules plats des grandes lèvres) et une vaginite (traitement par les pilules de protoiodure). L'ozène persistait; la malade avait également des accidents syphilitiques du côté de la gorge, accidents qui furent traités par des gargarismes au sublimé.

La malade se trouvait à l'hôpital (1873) quand elle fut atteinte d'un érysipèle de la face accompagné de délire et de fièvre. Vers le même moment, elle eut un écoulement de pus par le vagin. L'infirmière s'aperçut que les injections vaginales n'étaient plus reçues, et, deux mois après, quand on voulut introduire un spéculum, on remarqua que cette opération était devenue impossible. Il existait à ce moment une vaste ulcération à la fourchette et sur la partie inférieure du vagin.

De 1873 à 1879, la malade fit plusieurs séjours dans le service, et toujours pour des accidents syphilitiques. Elle continuait à vivre de prostitution. Cependant les rapports sexuels étaient douloureux à cette époque.

Enfin, elle revint une dernière fois à la maison de secours, le 12 mai 1879. Elle entra dans le service de M. le D^r Bertin qui reconnut le rétrécissement vaginal et institua un traitement au protoiodure et un pansement local avec une pommade au calomel.

Au mois de mai 1880, cette malade passa dans mon service. Il existait à ce moment une sclérose considérable des grandes et des petites lèvres. On voyait à la surface de ces organes les traces cicatricielles d'ulcérations guéries. La malade portait, en outre, dans les deux aines, de gros ganglions indurés.

L'examen au spéculum était impossible. Nous verrons dans un instant quel était l'état de ces parties.

Il existait un ozène prononcé avec destruction de la cloison médiane des fosses nasales.

Janvier 1881. La malade, qui avait toujours eu une menstruation régulière, n'a plus vu apparaître ses règles depuis trois mois. L'examen minutieux des parties génitales permet de reconnaître les lésions suivantes : sclérose des grandes et petites lèvres. Adénopathie bi-inguinale.

Par le toucher, l'index trouve un orifice suivi d'un canal qui laisse pénétrer très facilement le doigt et qui, à une distance de quelques centimètres, présente un rétrécissement se laissant facilement dilater par le doigt. Celui-ci pénètre alors dans une vaste cavité; l'exploration des parois permet d'y reconnaître les anfractuosités de la vessie. Il s'agit évidemment d'une dilatation du canal de l'urètre, dont l'orifice est très dilaté et se présente immédiatement à l'exploration quand on écarte les lèvres. Pour confirmer ce diagnostic, il fallait introduire une sonde dans le canal; cette manœuvre donna issue à un liquide abondant, qui n'était autre que de l'urine. Du reste, après la sortie du doigt explorateur, il s'écoulait aussi un peu d'urine.

En allant à la recherche du méat urinaire, on trouve, un peu au-dessous du point qu'il occupe normalement, une ouverture frangée, large, n'opposant aucune résistance à l'introduction du doigt : c'est bien là le méat urinaire. Quand on introduit une sonde dans le canal de l'urètre dilaté, on trouve au dessous de ce conduit un second canal qui représente le vagin; mais ce dernier se termine bientôt par un cul-de-sac, et peut à peine recevoir les deux dernières phalanges de l'indicateur. Le fond du vagin semble être obturé; cependant, à droite, on perçoit un petit orifice qui met sans doute

en communication les deux parties vaginales. Avec la petite branche du spéculum de Sims, on déprime la partie postérieure du vagin, et l'on voit, à une certaine distance, un tissu cicatriciel qui réunit les parties vaginales. On réussit à faire pénétrer un stylet de trousse par un petit orifice situé à la partie droite de la cicatrice, mais cet orifice ne laisse pas pénétrer la sonde utérine.

Avec le stylet, on sent une partie assez dure qui donne une sensation analogue à celle que fournirait le choc sur le col. Depuis la vulve, le stylet pénètre à douze centimètres. Le stylet étant laissé en place, on pratique le toucher rectal qui permet de sentir à travers la cloison recto-vaginale le stylet jusqu'à la partie globuleuse que l'on reconnaît pour être l'utérus. Il n'existe pas d'induration de la cloison recto-vaginale.

Sous l'influence du travail cicatriciel, résultant d'un travail ulcératif ancien de la partie inférieure du vagin, le méat urinaire avait donc été attiré au-dessous du point qu'il occupe normalement; le cul-de-sac vaginal se trouvant pour ainsi dire réduit à zéro, cette malade n'avait pu avoir de rapports sexuels à sa sortie de l'hospice en 1873. Elle vécut cependant avec un amant; les rapports étaient très difficiles, très douloureux au début. A la longue, cependant, la verge se créa une voie artificielle en dilatant le canal de l'urètre, et les rapports devinrent faciles. Ces faits résultent des détails qui nous ont été donnés par cette prostituée.

En résumé : syphilis ancienne, accidents tertiaires de la vulve, rétrécissement cicatriciel et atrésie du vagin; dilatation consécutive et mécanique de l'urètre, tels sont les faits qui semblent résulter de l'étude de cette malade.

Remarques. Les lésions tertiaires du vagin, au delà de l'anneau vulvaire, c'est-à-dire dans la portion moyenne et supérieure de cet organe, sont excessivement rares. « Il n'en est question presque nulle part, dit M. Fournier. Je n'en ai observé que trois cas, et, de ces trois cas, il en est deux que je sacrifierais volontiers, parce que le diagnostic n'a pu en être institué d'une façon absolument positive. Dans le récit de quelques autopsies, on trouve signalées incidemment des lésions variées du corps du vagin, soit des ulcérations occupant surtout l'ampoule supérieure, soit des cicatrices, des brides, des rétrécissements, des atrésies partielles, témoignages peu équivoques d'ulcérations antérieures. De même, nous avons reçu, il y a quelques années, une femme âgée, syphilitique de vieille date, qui, sans jamais avoir eu d'enfants, présentait une atrésie presque complète du vagin à trois centimètres de la vulve, avec des brides épaisses reliant entre elles les parois opposées. De l'ensemble de tels faits, ressort d'une façon peu douteuse la possibilité de lésions tertiaires développées dans le vagin. Ces faits, du reste, sont extrêmement rares, assez rares pour constituer, quand ils se produisent, de véritables curiosités pathologiques. »

La malade, dont nous avons rapporté l'histoire, a été très certainement atteinte d'une gomme diffuse ou d'une ulcération syphilitique à déviation phagédénique de la vulve et du vagin, environ à la réunion du tiers su-

périeur avec les deux tiers inférieurs de ce canal. Le travail de cicatrisation a provoqué une réunion des parois vaginales, transformant ainsi le vagin en un cul-de-sac d'environ quatre centimètres de profondeur.

La cicatrisation de l'ulcération vaginale, en déformant l'entrée du vagin, a été la cause d'une erreur de lieu dans les rapports sexuels, erreur qui a fini par déterminer une dilatation remarquable du canal de l'urètre.

REVUES GÉNÉRALES.

I

REVUE GÉNÉRALE SUR L'ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE LA PEAU.

Par ERNEST CHAMBARD,

Ancien interne des hôpitaux, directeur du Laboratoire de la Faculté à l'Asile
Saint-Anne.

DEUXIÈME PARTIE : ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

(Quatrième article) (1).

Brissaud et Josias. Des gommes scrofulieuses et de leur nature tuberculeuse. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, p. 817, 889, 1879. — **E. Chambard.** Des gommes de la peau. *Bulletins de la Société anatomique*, p. 474, 1878. — **Balzer.** Myome de la peau, *Société de biologie*, séance du 25 janvier 1879. — **E. Besnier.** Études nouvelles de dermatologie : les tumeurs de la peau (dermato-myomes), etc., *Annales de dermatologie*, 1880, n° 1. — **E. Chambard.** Note sur un cas de cancer primitif de la peau (carcinome réticulé). *Archives de physiologie*, p. 330, avec planche, 1879. — **E. Besnier.** Études nouvelles de dermatologie. Sur un cas de dégénérescence colloïde du derme, affection non décrite, non dénommée ou improprement dénommée colloïd-milium. *Annales de dermatologie*, t. X, p. 461, 1879. — **E. Chambard.** Des formes anatomiques du xanthélasma cutané. *Archives de physiologie*, p. 691, avec III planches, 1879. — Du xanthélasma et de la diathèse xanthélasmique. *Annales de dermatologie*, 1879, n° — **Chandulux.** Observations pour servir à l'histoire des lésions nerveuses dans le zona. *Archives de physiologie*, p. 671, 1879. — **Tschiriew.** Lésions de la moelle épinière et de la peau dans un cas de lèpre anesthésique. *Archives de physiologie*, p. 615, 1879. — **Dastre et Morat.** De l'innervation des vaisseaux cutanés. *Archives de physiologie*, p. 409. — **Desnos.** Troubles médullaires consécutifs à une gelure des membres inférieurs. *Revue mensuelle*, 1879. — **Talamon.** Des lésions du système nerveux central d'origine périphérique. *Revue mensuelle*, p. 580, 660, 732, 1879. — **Blanchard.** De la sécrétion de la sueur : état de la question. *Progrès médical*, n° 9, 1879.

(1) Voy. *Annales de Dermatologie*, 2^e série, t. I, n° 2, p. 249; — n° 3, p. 520. — et n° 4, p. 718; — 1880.

1° *Des gommes scrofuleuses et de leur nature tuberculeuse.* — On rencontre parfois chez les sujets scrofuleux des tumeurs de la peau qui présentent, avec les gommes syphilitiques, une assez grande analogie : *Lebert, Hunter et Alibert* les ont assez exactement décrites.

Bazin a parfaitement reconnu leur nature tuberculeuse ; *M. Vidal* leur a donné le premier le nom de *gommes tuberculeuses*, et récemment *MM. Josias et Brissaud* ont, à l'instigation de *M. Ernest Besnier*, publié sur cette affection un travail intéressant appuyé sur cinq observations soigneusement recueillies et dont nous n'analyserons que la partie anatomo-pathologique.

Après avoir rappelé les travaux de *Chiari, Bizzozero et Paullen*, sur la tuberculose cutanée, les auteurs de ce mémoire rendent compte de l'examen microscopique de la peau de l'un de leurs malades qui avait succombé à une fièvre typhoïde, et suivent pas à pas les différentes phases de l'évolution tuberculeuse, dont le siège constant est, non le derme lui-même, mais le tissu cellulaire sous-cutané. Cette notion sur le siège des gommes scrofuleuses suffit déjà à les différencier anatomiquement des gommes syphilitiques qui débent, ainsi que nous l'avons montré, dans les couches profondes du derme, et du lupus tuberculeux qui peut être regardé comme une infiltration de cette membrane par des tubercules élémentaires.

La gomme scrofuleuse débute par l'apparition de groupes de follicules tuberculeux élémentaires ou semblables aux tubercules essentiels de *Köster, Schüppel*, et des autres anatomistes allemands. Ces follicules sont, on le sait, caractérisés par une cellule géante, entourée d'une double zone de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires.

Un second stade de l'évolution de la gomme est caractérisé par le processus de caséification. Autour d'une masse caséuse existe une large zone embryonnaire au niveau de laquelle les vaisseaux sont oblitérés et que parsèment de nombreux tubercules élémentaires semblables à ceux que nous venons de définir.

Le troisième stade est spécifié par la fin de l'évolution tuberculeuse, la caséification en masse du foyer tuberculeux et l'enkystement de la tumeur caséuse qui est séparée du tissu adipeux voisin par une mince coque fibreuse qui lui sert de membrane kystique. Cette masse caséuse se ramollit ultérieurement et est éliminée à la suite d'un processus, qu'il est inutile de décrire, sous forme d'une substance granuleuse, opaque et diffuse qui ne diffère en rien de la matière caséuse vulgaire.

On voit que les recherches histologiques de *MM. Brissaud et Josias* confirment pleinement les idées de *Bazin* sur la nature tuberculeuse « au sens du tubercule de *Laennec* » des gommes scrofuleuses de la

peau. Leur structure et leur évolution ne diffèrent en rien de celles des tubercules pulmonaires, et c'est avec raison qu'ils donnent à leur travail la conclusion suivante : « Les gommes scrofuleuses, disent-ils, « sont constituées par des tubercules du tissu cellulaire sous-cutané, se « présentant sous la forme de foyers tuberculeux proprement dits, au « voisinage desquels sont agglomérées en quantité plus ou moins consi- « dérable des granulations tuberculeuses. »

2° *Des gommes syphilitiques de la peau.* — Au moment où les auteurs du travail que nous venons d'analyser se livraient à leurs recherches, nous avions l'occasion d'étudier la structure et l'évolution des gommes syphilitiques de la peau d'une femme morte dans le service de M. Hilairet, à l'hôpital Saint-Louis. Nous présentâmes, à ce sujet, à la Société anatomique un petit mémoire dont nous allons résumer les points les plus intéressants.

Il existe des gommes syphilitiques de toutes les dimensions : les unes sont microscopiques ou à peine visibles à l'œil nu, nous leur avons donné le nom de gommes miliaires ; les autres sont volumineuses, saillantes à la surface des téguments et ulcérées. Toutes sont constituées par une infiltration du derme, par des cellules lymphatiques et débutent par les régions les plus vasculaires de cette membrane. Nous décrirons seulement les deux termes extrêmes de leur évolution.

Les gommes miliaires siègent ordinairement dans les couches profondes du derme et dans les points les plus riches en vaisseaux : au voisinage des glandes sudoripares, par exemple. Les plus petites d'entre elles sont à peine visibles à l'œil nu, et leur diamètre ne dépasse pas quelques dixièmes de millimètre. Elles sont uniquement constituées par un amas de cellules lymphatiques, probablement issues des vaisseaux par diapédèse, qui se répandent entre les faisceaux conjonctifs, les dissocient, en déterminent la résorption et n'en laissent plus de trace que sous forme d'un réticulum incomplet et bien différent d'ailleurs de celui qui caractérise les tumeurs du type lymphadénome. Nous n'y avons pas rencontré les cellules géantes qui y ont été signalées par Brodowski et quelques autres observateurs, et les nodules miliaires ne nous ont jamais présenté aucune trace de caséification.

Ces nodules sont souvent traversés par des vaisseaux, des nerfs et des culs-de-sac glandulaires. Nous avons recherché si ces organes, ainsi plongés au sein d'un tissu embryonnaire, présentaient quelque altération que l'on pût imputer à ce nouveau milieu. Nous avons vu les cellules lymphatiques infiltrer la gaine celluleuse des vaisseaux, des nerfs et des glandes sudoripares, sans jamais pénétrer la tunique moyenne des premiers, la gaine lamelleuse des seconds, ni la tunique propre de ces dernières, et nous n'avons pu constater ni l'endarterite signalée par

quelques auteurs, ni aucune altération du revêtement épithélial des acini.

Les gommès ulcérées sont beaucoup plus volumineuses et moins nettement configurées que les gommès miliaires de la confluence desquelles elles résultent. Elles occupent toute l'épaisseur du derme et l'on peut leur distinguer deux zones : l'une périphérique l'autre centrale et caséeuse.

La structure de la zone périphérique ne diffère en rien d'essentiel de celle des gommès crues que nous venons de décrire ; à mesure qu'on se rapproche du centre, on voit les cellules embryonnaires se rapprocher, se serrer les unes contre les autres, subir le processus bien connu de la caséification, tandis que le tissu conjonctif, se résorbant de plus en plus, se réduit bientôt à quelques filaments minces et granuleux qui donnent aux vaisseaux auxquels ils adhèrent un aspect épineux rappelant de loin celui des vaisseaux des lymphadénomes. La zone centrale ou caséeuse est parsemée de ces petites masses arrondies, d'un aspect gras, à bord diffus, semblables à des gouttes microscopiques de suif, qui sont communes au sein de tous les foyers caséeux et dont la nature est encore peu connue. Leur composition chimique paraît dépendre de l'organe au sein duquel elles se forment, car elles se colorent vivement en rouge par la purpurine dans les gommès du foie, tandis que dans la peau elles ne fixent nullement cette matière colorante.

Nous avons également étudié les altérations de la peau au niveau des bords de l'ulcère gommeux. En ces points les papilles sont fortement congestionnées et leurs vaisseaux sont entourés d'une zone de cellules lymphatiques. Les cellules du corps muqueux de Malpighi présentent des lésions irritatives que nous avons signalées dans la partie de cette Revue qui est consacrée aux affections du système épidermique.

Indépendamment de ces tumeurs ainsi limitées, il existe dans toute l'épaisseur du derme et jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané des nappes diffuses d'infiltration lymphatique qui ne diffèrent histologiquement des infiltrations circonscrites que par leur diffusion même et leur non-caséification.

Après avoir décrit la structure et le mode de développement des gommès cutanées, nous en étudions le diagnostic histologique, et tout en les distinguant des tubercules et des lymphadénomes nous signalons une variété histologique de cette dernière espèce de tumeur, caractérisée par l'absence presque complète du réticulum. Nous avons rencontré plusieurs cas de ce genre et nous citerons, entre autres, un lymphadénome péri-oculaire provenant du service de M. Verneuil (*Société anatomique*, 1878), et des tumeurs de la peau du tronc dont M. Besnier nous avait confié l'examen.

3° *Myomes de la peau.* — Parmi les études que M. Ernest Besnier a consacrées aux tumeurs de la peau, avec le concours de son habile assistant, M. Balzer, l'une des plus intéressantes a été consacrée aux dermatomyomes (fibro-myomes et myomes cutanés).

La nommée L..., âgée de 60 ans, fut admise le 24 décembre 1876, dans le service de M. E. Besnier, pour une affection singulière de la peau qui devait exercer pendant longtemps la sagacité de ceux qui furent appelés à l'observer. Elle portait sur le membre supérieur droit et sur le tronc des taches et des tumeurs, dont l'observation indique la localisation exacte, et qui présentaient les caractères suivants : les taches à peine saillantes, rondes ou irrégulièrement ovales, étaient absolument semblables à des plaques d'urticaire et avaient aussi une grande analogie avec les éléments de première apparition du dermato-lymphadénome (mycosis fongoïde); les tumeurs, d'un volume d'un petit grain de plomb, d'une lentille ou d'un pois, étaient rosées, lisses, recouvertes d'un épiderme normal et leur coloration s'effaçait sous la pression du doigt.

En 1873, on put suivre pas à pas le développement des nouvelles tumeurs et se convaincre que les taches en étaient réellement le point de départ. Toutefois, l'affection progressait lentement et à la fin de 1878 le nombre des taches et des tumeurs n'était pas beaucoup plus considérable que lors des premières observations.

M. E. Besnier s'est livré à un diagnostic différentiel approfondi de la singulière éruption qui fait l'objet de son travail. Après avoir écarté différentes hypothèses peu admissibles, il discute le diagnostic de névrome qui avait été porté par quelques-unes des personnes qui suivaient le service. Un moment il pencha en faveur d'une lymphadénie cutanée généralisée au début. Telle était sa manière de voir à la fin de 1878, lorsqu'il nous fit l'honneur de nous montrer sa malade; mais la lenteur de l'évolution le contraignit à abandonner cette opinion et, seule, la méthode biopsique qui a déjà, entre ses mains, donné tant de résultats, devait l'éclairer sur la véritable nature de cette affection.

Le 20 novembre 1878 on réussit, grâce à une savante diplomatie, car la malade était fantasque et ombrageuse, à cueillir deux de ses plus belles tumeurs situées l'une sur le côté gauche du thorax et l'autre à la face externe du bras gauche et les deux fragments furent remis à M. Balzer qui en fit une étude histologique attentive, dont les premiers résultats furent communiqués par lui à la Société de biologie dans la séance du 25 janvier 1879. La description histologique, due à M. Balzer, se trouve, accompagnée d'une planche, dans le mémoire que nous analysons.

Comme au niveau de toutes les tumeurs dures du derme, l'épiderme qui revêt la tumeur est aminci et les ondulations du corps muqueux ?

sont à peine marquées. La couche dermique sous-papillaire est saine et c'est dans les couches plus profondes que l'on rencontre la néoplasie musculaire. Cette néoplasie est constituée par des faisceaux de fibres musculaires lisses, d'épaisseur variable, en contact les unes avec les autres ou séparées par de minces tractus conjonctifs. La plupart de ces faisceaux sont parallèles à la surface de la peau. Un petit nombre d'entre eux remontent perpendiculairement dans le derme sous-papillaire, et de la masse principale se détachent des expansions musculaires qui deviennent de plus en plus minces, à mesure qu'elles s'écartent de la périphérie de la tumeur. Les vaisseaux qui parcourent cette dernière sont peu nombreux et entourés d'une mince couche conjonctive. M. Balzer a pu voir sur une de ses préparations un tronc nerveux coupé obliquement et se dirigeant vers la surface cutanée.

Les tumeurs excisées sont donc des myomes purs à fibres lisses; myomes lœvicellulaires de Virchow, ou léiomyomes de Zenker, développés dans les couches profondes et moyennes du derme. Peut-être les faisceaux redresseurs des poils ne sont-ils pas étrangers à leur genèse, mais c'est là un point que de nouvelles recherches permettront seules d'élucider. M. E. Besnier ne borne pas son travail à cette observation si intéressante et si complète; reprenant, avec l'érudition consciencieuse et exacte dont il a toujours donné l'exemple, l'histoire des myomes cutanés, il en reconnaît trois variétés dont nous allons brièvement indiquer, d'après lui, la signification et les caractères:

1^{re} La variété la mieux connue, et celle qui est représentée par les observations les plus nombreuses, comprend les *myomes dartoïques*, les seuls dont Virchow admette l'existence. Ces tumeurs, ordinairement solitaires, quelquefois groupées dans de certaines régions où existe un dartos qui leur donne naissance, se rencontrent à la région mammaire, au scrotum, à la grande lèvre; on pourrait encore les rencontrer au pénis. Elles sont indolentes, mais contractiles sous l'influence de l'électricité rétractiles sous l'influence du froid, et plus ou moins vasculaires; sessiles ou pédiculées, elles atteignent souvent un assez gros volume, mais leur bénignité est complète, et leur poids ainsi que la gêne qu'elles causent sont leurs seuls inconvénients: à cette variété se rapportent les observations de Virchow, Förster et Challand;

2^e La seconde variété est constituée par les myomes véritablement cutanés (dermato-myomes) dont le cas de M. Verneuil et celui de M. E. Besnier nous fournissent des exemples. Toujours multiples, pouvant occuper toute l'étendue du tégument, généralement peu volumineux et bénins, ils sont d'abord indolores, mais deviennent plus tard douloureux à la pression. Ils peuvent, avec le progrès de leur développement, devenir très vasculaires. Leur diagnostic est désormais facile par exclu-

sion, maintenant que le travail de M. E. Besnier a attiré sur eux l'attention des observateurs ;

3° Les tumeurs qui ressortissent à la troisième variété ne sont pas à proprement parler des myomes de la peau. Ce sont des tumeurs erratiques qui proviennent de tissus musculaires profonds et qui sont efflorescents dans certaines régions. C'est ainsi que des myomes de l'aponévrose pubio-sternale de Denonvilliers peuvent apparaître à la région périméale ou à la région vulvaire inférieure. L'observation publiée par Marciano dans les *Bulletins de la Société anatomique*, en 1879, nous en offre un exemple ;

4° Note sur un cas de cancer primitif de la peau (carcinome réticulé). — Une femme de 35 ans portait depuis son enfance un *molluscum pendulum* de 75 millimètres de longueur au niveau de la neuvième vertèbre dorsale. Cette tumeur se mit à grossir, elle s'altéra superficiellement, et, justement inquiète de ce changement, cette femme entra à la Charité, dans le service de M. Trélat qui, soupçonnant la nature cancéreuse du néoplasme, l'enleva et l'envoya au laboratoire du Collège de France où nous en fîmes l'examen microscopique. L'observation de cette malade a été publiée par M. le Dr Schmitt dans la *France médicale* de 1879 et nous avons donné de sa tumeur une description anatomique détaillée et accompagnée d'une planche dans les *Archives de physiologie* de la même année.

Les caractères histologiques de cette tumeur peuvent être résumés et schématisés comme il suit : de son point d'implantation, au niveau duquel elle est entièrement fibreuse, partent d'épaisses travées également fibreuses et vasculaires qui divisent le néoplasme en lobes ; des travées conjonctives plus minces divisent les lobes en lobules ; ces derniers sont enfin subdivisés en alvéoles par des lames conjonctives émanées des dernières travées et qui se présentent, les unes sous un aspect vaguement fibrillaire et les autres, qui sont les plus minces, sous un aspect entièrement amorphe.

Les alvéoles ainsi circonscrits renferment les uns une cellule, d'autres un petit nombre de cellules, d'autres enfin un nombre beaucoup plus considérable d'éléments cellulaires ; aussi les avons-nous divisés en alvéoles monocellulaires, oligo-cellulaires, et polycellulaires. Toutes les cellules qui y sont contenues ont le caractère atypique pour employer l'expression de Waldeyer : ce sont des cellules épithélioïdes.

En dehors de cette formation alvéolaire, on rencontre dans le hile de la tumeur et dans les plus épaisses des travées fibreuses qui la parcourent, de petites loges alvéolaires renfermant une cellule épithélioïde ou un très petit nombre de ces éléments dont on peut suivre pas à pas toute l'évolution : depuis le moment où, très voisines sous le rapport du vo-

lume et de l'aspect des cellules lymphatiques dont on a peine à les distinguer, jusqu'à celui où volumineuses, pourvues d'un gros noyau vésiculeux et quelquefois de deux, elles revêtent un caractère presque épithélial et s'entourent d'une sorte de capsule qui semble formée aux dépens du tissu conjonctif ambiant.

Devant un cas aussi propre à l'étude histologique, nous nous sommes posé les trois questions que l'on doit se poser en présence de toute néoplasie et nous avons essayé d'y répondre autant qu'il est possible de le faire dans l'état présent de nos connaissances histologiques.

PREMIÈRE QUESTION. — *Détermination de la forme histologique de la tumeur.* — Essentiellement caractérisée par un stroma conjonctif et vasculaire limitant les alvéoles remplis de cellules épithélioïdes, disposées sans ordre et non adhérentes les unes aux autres, cette néoplasie est évidemment un *carcinome* en prenant ce terme dans son sens purement descriptif et en lui donnant la signification qui résulte de la conception bien connue de *Virchow* et de MM. *Cornil* et *Ranvier*; toutefois, l'existence de trabécules émanés des cloisons conjonctives, subdivisant et cloisonnant les alvéoles de premier ordre qui limitent ces dernières, nous permet de pousser plus loin l'analyse et de donner à la tumeur qui en est l'objet le nom de *carcinome réticulé*. Cette variété de carcinome n'est pas d'ailleurs extrêmement rare et nous en avons vu des exemples, un peu différents d'aspect, il est vrai, dans le testicule et dans les ganglions lymphatiques.

DEUXIÈME QUESTION. — *Origine du carcinome réticulé.* — *Détermination histogénétique.* — Ce carcinome est-il d'origine épithéliale ou conjonctive? Provient-il de la prolifération par foyers de cellules fixes ou migratrices du derme (*Virchow*, *Cornil* et *Ranvier*), ou de celle des éléments épithéliaux du revêtement épidermique ou de ses annexes, follicules pileux, glandes, etc.? (*Thiersch*, *Ualdeyer*, etc.)

Il nous fallait, pour tenter de résoudre ce problème, étudier avec le plus grand soin les régions superficielles de la tumeur au niveau desquelles la formation alvéolaire se juxtapose au revêtement épidermique, lui est contigu et semble, à première vue, se continuer avec lui. Nous avons représenté un de ces points dans la planche qui est annexée à notre travail. Or, nous n'avons rien vu qui nous autorisât à admettre l'origine épidermique de notre tumeur, et les études attentives auxquelles nous nous sommes livré sur de très nombreuses préparations nous ont conduit à admettre son origine exclusivement conjonctive. C'est là un point capital que nous ne saurions exposer avec détails et preuves à l'appui dans cette Revue, et pour lequel nous sommes obligé de renvoyer le lecteur à notre travail et aux dessins qui l'accompagnent.

Ce n'est pas à dire pour cela que nous nions l'origine épithéliale du

carcinome telle que l'entendent *Thiersch*, *Waldayer*, et nombre d'autres observateurs éminents; nous en avons vu de trop nombreux exemples pour pousser à ce point la réaction contre leur manière de voir, mais nous reconnaissons également que le carcinome peut avoir une origine exclusivement conjonctive et nous l'avons souvent constaté pour la peau, les os, la pie-mère cérébrale et la choroïde dont certaines tumeurs présentent avec les carcinomes réticules de la peau de grandes analogies. Nous pensons également que beaucoup de cancers mélaniques des téguments que l'on a l'habitude de qualifier histologiquement de sarcomes, ne sont que des carcinomes réticulés généralement, il est vrai d'une interprétation plus difficile que la tumeur que nous étudions en ce moment. Nous avons enfin publié, il y a un an, un travail sur le carcinome primitif des ganglions lymphatiques, et si, par une analyse sévère, nous avons pu réduire à trois le nombre des cas bien avérés, il n'en existe pas moins dans la science trois cas de carcinome vrai développé loin de toute surface épithéliale.

TROISIÈME QUESTION. — *Mode d'accroissement de la tumeur. — Infection à distance. — Colonies carcinomateuses.* — Les petits nids cellulaires épars à la périphérie de la formation alvéolaire principale peuvent être considérés soit comme des foyers carcinomateux en voie d'évolution, dans lesquels les cellules fixes du tissu conjonctif ou les cellules lymphatiques se transformeraient par une série de modifications dont le premier terme nous échappe encore en cellules épithéliales, soit comme des cellules épithélioïdes, entraînées par le courant lymphatique plus ou moins loin de leur lieu d'origine et arrêtées dans leur migration. *Thiersch* et *Waldeyer* ont signalé depuis longtemps, dans les épithéliomes, ce mode d'accroissement périphérique.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cette disposition une induction pratique importante : une tumeur carcinomateuse ou épithéliomateuse est entourée d'une zone dans laquelle ces petits nids cellulaires peuvent exister à l'état de dissémination, et en trop petit nombre pour se traduire à l'œil nu par une modification du tissu qui en est le siège; l'existence de cette zone dangereuse doit être connue du chirurgien et l'engager à enlever non seulement tout le mal, mais encore beaucoup plus que tout le mal.

5° *Sur un cas de dégénérescence colloïde du derme. — Affection non décrite, non dénommée ou improprement dénommée Colloïd Milium.* — Le nommé P..., garde forestier, entra au mois de juillet 1879, dans le service de *M. Besnier*, à Saint-Louis, pour s'y faire traiter d'un pityriasis d'Eischedt qui guérit rapidement sous l'influence de frictions de savon, de potasse. Cet homme présentait en outre une affection bien plus singulière et dont il ignorait complètement l'existence.

M. Besnier ne tarda pas en effet à s'apercevoir que la partie supé-

rière de la face de son malade et notamment le nez, les régions orbitaires et temporales, étaient couvertes d'une série de petites tumeurs qu'on aurait prises à première vue pour des *vésicules citrines*, si leur résistance et le résultat négatif des piqûres n'avaient bientôt démontré leur nature solide. On dut également renoncer au diagnostic *Xanthélasma* qui avait d'abord été porté par quelques personnes, car les granulations que l'on avait sous les yeux ne présentaient ni la distribution ordinaire, ni l'opacité, ni la coloration jaune chamois des tubercules xanthilasmiques. Une observation, d'ailleurs peu connue de *Wagner*, citée par *Kaposi* et par *Neumann* dans leurs articles sur le *Milium* et publiée *in extenso* dans les *Archiv der Heilkunde*, sous le nom de *Colloïd milium der Haut*, mit l'éminent médecin de Saint-Louis sur la voie du diagnostic véritable et le détermina à traiter l'affection par le raclage et à confier les lambeaux de peau ainsi obtenus à *M. Balzer* qui en pratiqua, sur les indications de son maître, l'examen microscopique.

M. Balzer examina d'abord de petits fragments de la peau malade après dissociation et coloration par le picro-carmin, puis il compléta ses observations par l'examen de coupes de la peau pratiquées au niveau des éléments éruptifs.

L'examen des préparations obtenues par dissociation montra de gros blocs constitués par une matière brillante, colorée en jaune orange par le réactif et non modifiée par l'acide acétique. Il fut facile de voir que ces blocs dont la nature colloïde était affirmée par leur réfringence spéciale et leurs réactions microchimiques, ne provenaient pas des cellules conjonctives mais bien des faisceaux conjonctifs : on trouvait en effet à leur surface des cellules conjonctives intactes et elles se montraient entourées, comme les faisceaux conjonctifs normaux, d'une mince cuticule qui envoyait dans leur épaisseur ces cloisons et ces fibres que *Henle* a depuis longtemps signalées.

Cette première constatation montrait que la majeure partie des petites tumeurs était formée de faisceaux conjonctifs infiltrés de matière colloïde, mais l'examen de coupes normales à la surface de la peau était nécessaire pour préciser le siège et le mode de distribution de cette infiltration.

L'examen de ces coupes montra que l'infiltration colloïde des faisceaux conjonctifs du derme, dont on pouvait suivre tous les degrés, occupait la région moyenne du derme en formant entre la limite supérieure et l'épiderme une mince bande de tissu dermique intact. Cette infiltration semblait avoir pour point de départ la tunique externe des vaisseaux. L'épiderme au niveau des tumeurs colloïdes était aminci comme au niveau de toutes les tumeurs dermiques et les glandes de la peau ainsi que les troncs nerveux, bien qu'écartés et repoussés par l'accumulation de matière colloïde, n'avaient subi aucune altération.

M. E. Besnier termine cet intéressant travail en reproduisant l'observation de Wagner qui, bien qu'incomplète aux points de vue clinique et surtout histologique, n'en est pas moins identique à la sienne. Il n'est pas jusqu'à la céphale dont la pathogénie est, dans l'espèce, d'une explication difficile, qui n'ait été observée chez les deux malades. Peut-être l'infiltration colloïde du derme à laquelle le nom de *Colloïdelasma* pourrait être donné s'il n'était un peu barbare, pourrait-elle être rapprochée du Xanthelasma avec lequel elle paraît présenter certaine analogie clinique.

6° Des formes anatomiques du xanthelasma cutané. — Du xanthelasma et de la diathèse xanthelasmique. — Nous avons eu l'occasion d'observer en 1876 à la Salpêtrière et en 1878 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre maître, M. Hillairet, quatre cas d'une affection assez rare et surtout mal connue en France, qu'Addison et Gull avaient appelée vitiligoïde et à laquelle Hutchinson a donné le nom de xanthelasma sous lequel on la désigne communément aujourd'hui.

Nous nous sommes livré à une étude aussi complète que possible de cette affection qui nous avait frappé par sa singularité et par ses relations pathologiques. Nos recherches anatomo-pathologiques ont été publiées dans les *Archives de physiologie* avec trois planches, et nous avons surtout envisagé le côté clinique de la question dans un mémoire que les *Annales de dermatologie* ont bien voulu accueillir. On trouvera dans ce dernier travail la relation de l'autopsie de l'un de nos malades et la description d'une localisation qui, en dehors de nous, ne semble avoir été constatée qu'une fois : le xanthilasma laryngo-trachéo-bronchique. Nous ne résumerons ici que la partie anatomique de nos études.

On sait que, depuis Addison et Gull, tous les dermatologistes qui se sont occupés du xanthelasma en ont décrit deux formes : la forme plane et la forme tuberculeuse. Nous en avons ajouté une troisième, la forme tubéreuse qui se distingue des autres par la dureté, le volume et la coloration des tubercules qui la constituent, tubercules qui présentent la plus grande analogie avec les nodules du carcinome secondaire du derme.

Identiques au point de vue histologique, les formes plane, tuberculeuse et tubéreuse, sont caractérisées par deux processus anatomiques, l'un irritatif, l'autre régressif, et les formes sont déterminées par le rapport qui existe entre ces deux processus, le premier l'emportant sur le second dans les formes tuberculeuse et tubéreuse.

Dans les formes planes, le tissu conjonctif lâche des paupières qui sont le siège habituel des macules et des papules, est dissocié par des éléments singuliers que Malassez et de Sinety ont rencontrés dans les kystes de l'ovaire. Ce sont des cellules ovoïdes, volumineuses, vésicu-

leuses, entourées d'une membrane très mince et analogue à celle des cellules adipeuses, et remarquables par l'aspect graisseux de leur protoplasma qui a subi successivement l'infiltration albumineuse et la dégénérescence graisseuse (processus régressif) et dont le noyau a proliféré (processus irritatif).

Dans la forme tuberculeuse et tubéreuse la lésion, bien différente à première vue, peut être ramenée aux mêmes termes. Elle consiste essentiellement en une sclérose nodulaire du derme (processus irritatif) avec dégénérescence graisseuse des éléments conjonctifs (processus régressif). Cette sclérose avec régression intéresse non seulement le tissu dermique, mais encore les organes vasculaires qui se rencontrent au sein des nodules scléreux ou dans leur voisinage. La sclérose lipomateuse envahit la tunique fibreuse des glandes sébacées et sudoripares (péri-adénite sclérolipomateuse), la gaine lamelleuse et le tissu conjonctif intra-fasciculaire des faisceaux nerveux (péri-endonévrite sclérolipomateuse) et la tunique adventive des vaisseaux. L'altération des nerfs mérite tout particulièrement de fixer l'attention, car elle rend compte des troubles de la sensibilité accusés par les malades et surtout des douleurs que leur fait éprouver toute pression un peu forte exercée sur les tubercules xanthelasmiques.

Histologiquement, la forme tubéreuse ne diffère de la forme tuberculeuse que par une prédominance plus grande du processus irritatif sur le processus régressif. Les lésions scléreuses y sont très marquées, les tubes nerveux sont entièrement étranglés et le calibre des artères y est complètement effacé par le tissu conjonctif de nouvelle formation. Les nodules xanthelasmiques nous apparaissent donc comme de gros tubercules parvenus au terme ultime de leur évolution, et si leur structure est au fond identique à celle de ces derniers, elle rend compte de leur dureté, de leur indolence, de leur absence de coloration spéciale et de leur analogie d'aspect avec le carcinome secondaire du derme dans lequel, on le sait, les travées fibreuses l'emportent de beaucoup sur la formation alvéolaire.

Nous ne saurions passer entièrement sous silence, dans cette rapide revue des caractères histologiques du xanthelasma, le résultat de l'autopsie si intéressante du nommé L.... dont nous avons inséré l'observation dans notre mémoire des *Annales de la dermatologie*, et dont la figure, les mains et la verge sont chromo-lithographiées dans les planches annexées à notre travail des *Archives de physiologie*. Nous avons trouvé dans son foie une énorme poche hydatique entourée de sept autres plus petites qui comprimaient les voies biliaires et expliquent parfaitement l'ictère qu'il présentait, et la muqueuse de ses voies aériennes depuis la partie supérieure du larynx jusqu'aux dernières ramification

bronchiques était recouverte de taches xanthelasmiques absolument semblables d'aspect et de structure aux macules palpébrales.

7° *Observations pour servir à l'histoire des lésions nerveuses dans le zona.* — M. *Chandelux*, maître de conférences à la Faculté de médecine de Lyon, a publié dans les *Archives de physiologie* un nouveau fait de zona avec lésions nerveuses que l'on peut comparer à ceux qui ont été cités depuis longtemps par *Bärensprung* et par M. *Charcot*.

Une femme tuberculeuse atteinte depuis longtemps de zona des parois thoraciques, succomba en août 1878, dans le service de M. *Tripier*, à l'Hôtel-Dieu. L'autopsie révéla outre l'infiltration tuberculeuse des deux poumons l'existence d'adhérences pleurales du côté gauche surtout nombreuses et résistantes en arrière, au niveau des parties latérales des 2°, 3° et 4° vertèbres dorsales. Il était logique de penser que les ganglions et les nerfs intercostaux à leur origine avaient participé à un processus inflammatoire si voisin et de rapporter à leur lésion l'évolution de l'affection cutanée.

M. *Chandelux*, après avoir exposé rapidement la structure normale des ganglions intervertébraux d'après *Stanius*, *Wagner*; *Robin*, *Azmann*, *Kolliker*, *Bärensprung*, *Courvoisier*, *Schwalbe*, *Ranvier*, et d'après ses propres recherches passe en revue les altérations de ces ganglions, des nerfs intercostaux et de la peau, dans le cas qui fait l'objet de son mémoire.

La lésion des ganglions consistait en une sclérose avec dépôt de pigment et disparition des cellules nerveuses; elles étaient très inégalement réparties et le même ganglion, à côté de régions très altérées et absolument détruites au point de vue fonctionnel en présentait d'autres dans lesquelles les tubes nerveux et les cellules nerveuses avaient conservé leurs caractères morphologiques et microscopiques normaux.

L'examen des nerfs intercostaux n'a pas permis à M. *Chandelux* d'affirmer qu'ils eussent subi une lésion dégénérative proportionnée à l'étendue et au degré des lésions ganglionnaires. Les altérations qu'il a constatées, sclérose et atrophie des tubes nerveux, lui ont paru minimes et peu accusées; peut-être les tubes nerveux des nerfs intercostaux unis à la fois aux ganglions et à la moelle par les anastomoses en T signalées et décrites par M. *Ranvier* ont-ils trouvé, dans les colonnes grises de l'axe spinal, un centre trophique suffisant et capable de suppléer à l'action trophique des cellules ganglionnaires elles-mêmes?

Les altérations cutanées consistaient en phlyctènes superficielles ou profondes disposées dans la sphère de distribution des deuxième et troisième nerfs intercostaux. Les coupes de la peau faites au niveau des phlyctènes superficielles montraient que la surface du derme était encore recouverte de la couche des cellules génératrices du corps muqueux de

Malpighi et que la formation vésiculaire avait son point de départ dans le *stratum granulosum* qui est, ainsi qu'on le sait, la portion la moins résistante de l'épiderme. Tant que la lésion épidermique ne dépasse pas ce niveau il peut y avoir, si la cause irritative cesse d'agir, reproduction des couches épidermiques détruites et guérison sans cicatrice de la lésion cutanée.

La lésion qui produit les phlyctènes profondes siège, au contraire, dans les rangées les plus profondes de l'épithélium malpighien et l'accumulation de sérosité se fait, non plus au sein du *stratum granulosum*, mais au-dessous de la première rangée des cellules malpighiennes qui se soulève et se détache de la surface papillaire. La séparation s'accompagne alors d'une cicatrice très superficielle due à un certain degré d'inflammation des couches les plus superficielles du derme.

8° *Lésion de la moelle et de la peau dans un cas de lèpre anesthésique.* — Un jeune savant russe fort distingué, M. Tschiriew (de Saint-Petersbourg), s'est livré pendant son séjour au laboratoire d'histologie du Collège de France à quelques recherches anatomo-pathologiques sur la moelle et la peau d'un lépreux mort trois ans auparavant, dans le service de M. Hillairet à l'hôpital Saint-Louis. Les pièces qui ont servi à son examen avaient été conservées dans un des meilleurs fixateurs connus : le bichromate d'ammoniaque.

La moelle qui avait paru entièrement saine à l'œil nu, ainsi qu'en témoigne une lettre de M. Laget qui avait pratiqué l'autopsie, a présenté à M. Tschiriew les altérations suivantes :

Le canal central était rempli de cellules lymphatiques et ses parois étaient infiltrées par les mêmes éléments, surtout au niveau de la commissure postérieure. On ne retrouvait l'épithélium épendymaire qu'au niveau de la partie supérieure du renflement cervical. Les cellules nerveuses des cornes postérieures et de la colonne de *Clarke* étaient atrophiées et avaient perdu une partie de leurs prolongements. Les cellules des cornes antérieures présentaient à la région dorsale des altérations analogues, bien que moins accusées. Enfin les veines médullaires étaient congestionnées et de petites hémorragies se rencontraient dans les cornes postérieures de la partie moyenne de la région cervicale, mais à gauche seulement.

L'examen de la peau d'un doigt a fourni à M. Tschiriew des résultats non moins intéressants. L'épiderme était aminci ; le derme était infiltré de cellules lymphatiques abondantes surtout dans les régions les plus vasculaires ; les vaisseaux de différents calibres présentaient une endartérite très prononcée, mais la lésion la plus marquée et la plus intéressante était celle des troncs nerveux atteints d'un processus sclérotique extrêmement prononcé.

Le malade qui fait l'objet du travail de M. Tschiriew était atteint de lèpre anesthésique, mais ne présentait pas cette atrophie musculaire qui est, d'après *Lamblin*, si connue chez les lépreux.

Or, nous avons vu que si les cornes postérieures et ses nerfs cutanés présentaient des altérations très manifestes, les cornes antérieures pouvaient être regardées comme à peu près normales. Cette double constatation et les relations qui réunirent les lésions observées avec les symptômes consignés dans l'observation, donnent certainement un grand intérêt aux recherches de M. Tschiriew.

9° En terminant cette revue des recherches dont l'anatomie normale et pathologique de la peau a été l'objet dans le cours de l'année 1879, nous croyons devoir signaler quelques travaux qui sans appartenir entièrement à notre sujet, n'en seront pas moins lus avec fruit par les dermatologistes. M. *Desnos* a publié dans la *Revue mensuelle* une observation de troubles médullaires consécutifs à une gelure des membres inférieurs. M. *Blanchard* a donné au *Progrès médical* un résumé des derniers travaux relatifs à la physiologie de la sécrétion sudorale. Nous citerons enfin une revue générale de M. *Talamon* sur les lésions du système nerveux central d'origine périphérique.

II

SCROFULE ET TUBERCULOSE

Revue critique par **P. MERKLEN**, interne, médaille d'or des hôpitaux.

Les récents travaux sur les tuberculoses locales ont remis à l'ordre du jour l'intéressante question des rapports de la scrofule et de la tuberculose. Nous avons cherché, dans une précédente revue (1), à rappeler les phases successives par lesquelles a passé le problème et à déterminer les solutions nouvelles proposées par les histologistes. Étendre le domaine de la tuberculose au détriment de la scrofule, ou tout au moins confondre en une seule ces deux maladies, telle semblait être en résumé la conséquence obligée de l'analyse microscopique comparée des produits scrofuleux et tuberculeux.

Cette doctrine nouvelle ne pouvait faire loi avant d'avoir été soumise au crible de la clinique et de la pathologie générale.

Ce contrôle nécessaire après toute découverte, M. Grancher l'a entrepris le premier dans son remarquable article *Scrofule* du dictionnaire encyclopédique et dans une communication importante à la Société médicale des hôpitaux. La question était à la fois trop grave et trop attrayante pour que cette Société ne la mit pas à l'ordre du jour de ses séances. Elle a provoqué d'autre part des recherches et des travaux nouveaux dont les conclusions sont en partie contraires aux déductions trop exclusives que l'on a voulu tirer de la découverte de la cellule géante et du follicule tuberculeux, et qui proposent des solutions nouvelles empruntées à l'anatomie pathologique et à l'expérimentation. C'est cette phase nouvelle que nous nous proposons de suivre et d'étudier en passant successivement en revue les arguments tirés de l'histologie de la pathologie expérimentale et de la clinique, présentés à l'appui de leurs idées par les partisans de l'unité et de la dualité de la tuberculose et de la scrofule.

I

On se souvient de l'origine du débat; c'est la découverte dans les lé-

(1) V. *Annales de dermatologie*, t. I, 1880.

sions scrofuleuses les mieux avérées du follicule tuberculeux ou tubercule élémentaire, association d'éléments considérée à tort ou à raison comme la caractéristique de la tuberculose. Toute la discussion va tout d'abord se concentrer sur ce corpuscule microscopique; est-il, oui ou non, spécial aux produits tuberculeux? Suffit-il pour caractériser la tuberculose confirmée, ou n'en est-il que le premier stade? Enfin, ne représente-t-il pas un processus inflammatoire commun à plusieurs altérations morbides et sans spécificité? Telles sont sur ce point les opinions en présence, et il est bon de les comparer avant de passer aux arguments tirés de la clinique et de l'étiologie qu'histologistes et médecins ont surtout invoqués dans cette discussion.

Acceptant le follicule tuberculeux avec la signification que lui attribuent les partisans des tuberculoses locales, M. Grancher a cherché à concilier la clinique et l'histologie. Le follicule tuberculeux ne représente qu'un des premiers stades du processus tuberculeux; il appartient au jeune âge de la maladie, et ce n'est que par l'agglomération de plusieurs de ces follicules que se forme le tubercule vrai, la granulation tuberculeuse adulte. Or, jamais l'on ne trouve cette dernière dans les scrofulides actuellement considérées comme des tuberculoses locales, tandis qu'on y rencontre de nombreux follicules tuberculeux isolés au milieu d'un tissu de granulation. Il y a donc entre les produits tuberculeux et les produits scrofuleux tout au moins une différence d'âge, et c'est cette notion conforme à la clinique que M. Grancher a voulu exprimer anatomiquement en donnant au tissu tuberculeux jeune des scrofulides le nom de scrofulome, et réservant celui de tubercule à la granulation de Laënnec. Voilà pour le fait histologique; cette distinction répond d'autre part à certaines particularités cliniques, et, en cela, M. Grancher donne gain de cause aux partisans des tuberculoses locales. « Il ne s'agit pas, dit-il, de diviser l'espèce tubercule en deux espèces différentes, mais en deux variétés : l'une bénigne, curable, presque toujours locale, l'autre grave, difficilement curable et tendant à se généraliser (1). »

Ainsi, il y a accord au fond entre M. Grancher et M. Brissaud qui, ainsi que nous l'avons rappelé, s'est constitué en France le principal défenseur des tuberculoses locales, et tout se réduit à un dissentiment sur la définition histologique du tubercule, si bien que M. Grancher a pu dire récemment qu'il n'était séparé de M. Brissaud que par l'épaisseur d'un mot (2). C'est ce que M. Féréol a cherché à établir en limitant le débat : « Le point où les deux opinions se combattent, c'est donc essentiellement la définition histologique. Faut-il, comme le veut M. Grancher, créer une

(1) Grancher, *Soc. méd. des hôpit.*, 12 novembre 1880.

(2) Grancher, *Arch. gén. de méd.*, décembre 1880.

espèce à part, le scrofulome, qui n'est autre chose que le follicule tuberculeux de M. Charcot, et réserver le nom de tubercule à la granulation de Laënnec qui, d'après M. Charcot, n'est qu'une agglomération de follicules tuberculeux. Il me semble que là est tout le débat (1). »

Il ne faut pas l'oublier, du reste, c'est surtout pour exprimer une idée clinique que M. Grancher a établi cette distinction entre le scrofulome et le tubercule. Il s'agit d'une interprétation bien plus que d'un fait. Mais cette manière de voir n'a pas manqué de provoquer des critiques assez nombreuses que nous devons résumer maintenant.

De ces critiques, la plus sérieuse et la plus importante est celle qui consiste à mettre en doute la spécificité du follicule tuberculeux et à le considérer comme un élément banal commun à diverses altérations morbides. Déjà M. Grancher, rappelant que le follicule tuberculeux se retrouvait aussi bien dans la scrofule que dans la tuberculose et la syphilis tertiaire, et qu'il était presque impossible de distinguer histologiquement à leur période d'enfance le scrofulome, le tubercule et le syphilome, avait proposé de désigner sous le nom d'embryome dystrophique, ce tissu embryonnaire spécial qui, dans tous les cas, paraît relever d'une altération générale de la nutrition, d'une dystrophie (2). Or, ce même tissu de granulation, muni de follicules tuberculeux, se retrouve, paraît-il, dans des conditions absolument banales, et peut même être obtenu expérimentalement à l'aide d'irritations diverses des tissus chez les animaux.

Quelles sont, tout d'abord, les notions nouvelles que nous possédons sur le follicule tuberculeux? Ce n'est plus, comme l'avaient pensé tout d'abord Klebs, Köster et Wagner, une sorte de lymphadénome développé aux dépens de l'endothélium proliféré des vaisseaux lymphatiques. Ce n'est pas davantage, comme l'ont plus récemment signalé Charcot et Gombault, le résultat d'une sorte de fusion des cellules épithélioïdes du tubercule ayant subi la dégénérescence vitreuse. Aujourd'hui, la plupart des observateurs penchent pour l'origine vasculaire sanguine du follicule tuberculeux et de la cellule géante.

L'on doit à Brodowsky (3) la première assimilation de ces éléments avec les cellules vaso-formatives. Pour cet histologiste, les cellules géantes sont des éléments vaso-formatifs déviés de leur normale évolution, hypertrophiés et arrêtés dans leur naissance avant d'être complètement canalisés; il leur donne le nom d'*angioblaste*; quant au follicule tuberculeux, il est constitué par une néo-formation exubérante de capillaires sanguins formant réseau et refoulant le tissu conjonctif environnant. C'est un

(1) Féréol, *Soc. méd. des hôpitaux*, 26 novembre 1880.

(2) Grancher, *Art. Scrofule, dict. encycl.*, p. 313.

(3) Brodowsky, *Arch. Virchow.*, 1875, cité par Kiener.

angiome giganto-angioblastique. A côté de la cellule géante angioblaste, Brodowsky admet une autre variété de cellules géantes, celles-ci contenues dans les vaisseaux qu'elles oblitèrent, et provenant de la prolifération de leur endothélium. Pour Raab (1), qui a étudié ces derniers éléments dans les bourgeons charnus, les follicules tuberculeux proviendraient au moins en partie des vaisseaux ainsi dégénérés.

On se souvient qu'en France, Thaon, Cornil et Ranvier ont soutenu, dès le début, l'origine intra-vasculaire de la cellule géante, considérant celle-ci comme le résultat de la section transversale de vaisseaux thrombosés. Récemment, Malassez, dans une communication faite à la Société de biologie, a accepté l'interprétation de Brodowsky, considérant les cellules géantes comme des éléments angioblastiques hypertrophiés analogues aux cellules géantes du sarcome. Enfin, dans les mémoires de Kiener et de H. Martin, travaux les plus récents sur la tuberculose, on trouve une interprétation de la cellule géante qui se rapproche des précédentes.

Pour Kiener, qui a développé longuement ses idées dans un mémoire publié dans les *Archives de physiologie* (2), et qui les a rappelées dans une communication à la Société médicale des hôpitaux sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose, le processus tuberculeux, qu'il a surtout étudié dans les séreuses, se résume en un processus vaso-formatif. Le tubercule apparaît dans les séreuses comme une tache opaline formée d'un tissu embryonnaire ou fibreux, et sillonnée par un riche réseau de vaisseaux sanguins. Dans cette première phase de son développement, le tubercule est tout à fait comparable à la tache laiteuse de l'épiploon du jeune lapin, dont M. Ranvier a fait connaître la structure et la signification. Comment cette tache laiteuse, essentiellement constituée par du tissu embryonnaire et une néoformation de capillaires sanguins, va-t-elle devenir tubercule?

« Dans cette tache qui, au début, ne diffère en rien des produits de l'inflammation simple, on voit bientôt apparaître un ou plusieurs points opaques qui correspondent à des renflements pleins siégeant sur le trajet des vaisseaux. Ces renflements, fusiformes ou ampullaires, sont produits par un épaissement de la paroi, dont les éléments cellulaires, notamment l'endothélium, se multiplient, subissent une dégénération spéciale que M. Grancher a appelée vitreuse, et tendent à se conglomerer. La section transversale des vaisseaux ainsi dégénérés donne, s'il s'agit d'un capillaire à une seule tunique, l'apparence de la cellule géante de Lau-

(1) Raab, *Arch. Virchow.*, 1879, cité par Kiener.

(2) Kiener. De la tuberculose dans les séreuses chez l'homme et chez les animaux inoculés. (*Arch. de physiol.*, 1880.)

ghatis, et, s'il s'agit d'un capillaire à trois tuniques, reproduit la figure décrite par Köster, et nommée follicule par M. Charcot (1). »

Cette altération spéciale des vaisseaux aboutit à leur oblitération, et, dès lors, le nodule, soustrait à la circulation sanguine, est dévolu à la transformation caséuse. A ce premier degré de la lésion tuberculeuse succède une période ulcéreuse; la fonte du nodule met à nu un tissu bourgeonnant qui subit lui-même la dégénération caséuse par le fait des mêmes lésions des vaisseaux. Enfin, si les considérations générales du sujet le permettent, la réparation se fait par l'extinction graduelle des propriétés dégénératives du tissu de granulation et la cicatrisation définitive.

Tel serait pour Kiener le processus des lésions tuberculeuses, et, dans sa récente communication à la Société médicale des hôpitaux, il a établi une identité absolue entre celles-ci et les altérations scrofuleuses des os et du tissu cellulaire lâche. Formation nodulaire, fonte caséuse et ulcération, cicatrisation, telles sont les trois périodes que l'on retrouve dans un cas comme dans l'autre. Ces importants résultats donnent raison une fois de plus aux partisans de l'unité anatomo-pathologique de la scrofule et de la tuberculose. Mais, comme le fait remarquer lui-même l'auteur dans les conclusions de son premier travail, il ne s'agit pas là de caractères spécifiques, mais de caractères génériques appartenant à tout un groupe de processus morbides, puisque ces mêmes lésions histologiques se retrouvent « dans le lupus, la lèpre, la syphilis et la morve, maladies à produits nodulaires, voués comme le tubercule à une fonte nécrobiotique ou ne disparaissant par résorption lente qu'en laissant une profonde cicatrice (2) ».

On a pu voir dans ce rapide exposé des idées de Kiener, que cet histologiste a proposé une interprétation nouvelle de la cellule géante et du follicule tuberculeux qui réunit en quelque sorte toutes les idées émises jusqu'à ce jour sur ces éléments : origine intra-vasculaire, dégénérescence vitreuse, néoformation de capillaires. Dans un travail qui demande à être analysé avec soin, H. Martin (3) s'en tient à l'interprétation donnée par Malassez, et considère la cellule géante, du moins dans un grand nombre de cas, comme une cellule vaso-formative. Le côté original de ce mémoire réside pour une part dans la comparaison des lésions tuberculeuses provoquées expérimentalement chez les animaux par de simples irritations et la lésion tuberculeuse vraie. Cette comparaison aboutit à une assimilation complète, ainsi que l'avaient déjà fait prévoir, mais d'une

(1) Kiener, *Arch. de physiol.*, 1880, p. 920.

(2) Kiener, *Société médicale des hôpitaux*, 11 février 1881.

(3) H. Martin, *Arch. de physiologie*, 1881, n° 1. Voir aussi *Thèse de doctorat* 1879. *Arch. physiol.*, 1880.

manière moins sûre, quelques expériences de même genre faites en France et en Allemagne.

A l'engouement d'abord provoqué par la découverte de la cellule géante et du follicule tuberculeux a succédé, surtout en Allemagne, un scepticisme basé d'une part sur l'existence de ces éléments dans diverses altérations en réalité très distinctes, d'autre part sur l'apparition de ces mêmes corpuscules à la suite d'irritations banales des tissus chez les animaux. Heidenhain a vu des cellules géantes à la surface de corps étrangers introduits dans l'abdomen des animaux. Weiss en a trouvé à la surface des cheveux et des fils de coton introduits sous la peau, Ziegler entre deux lamelles de verre placées pendant quelque temps dans le tissu cellulaire sous-cutané. Enfin, récemment, Talma a pu constater l'existence de granulations tuberculeuses avec cellules géantes développées auprès d'un morceau de moelle de sureau introduit sous la peau d'un chien (1).

H. Martin a repris méthodiquement ces expériences en les complétant, et il a pu tirer cette conclusion immédiate de ses recherches que, dans le péritoine et l'intestin, tout comme dans le poumon, des corps étrangers dénués de tous caractères spécifiques, et possédant simplement une certaine quantité de propriétés inflammatoires, donnent des néoformations pathologiques dans lesquelles se résument toutes les données des travaux les plus récents sur le tubercule (2). »

On peut, avec l'auteur, distinguer trois variétés de tubercules : les uns ne sont formés que par un amas d'éléments embryonnaires diffusés le long des vaisseaux ou revêtant la forme nodulaire; cette variété appartient aux formes très aiguës de la tuberculose. Une variété intermédiaire correspond surtout aux tubercules de Friedländer et Ksöter : ils sont presque exclusivement formés de follicules avec leurs trois zones classiques. Enfin, la troisième variété de tubercule, le plus rare à l'état isolé, est la cellule géante solitaire simplement entourée de quelques éléments embryonnaires qui s'organisent peu à peu en tissu fibreux. Or, en se servant de corps étrangers doués de propriétés irritantes plus ou moins vives, H. Martin a réussi à provoquer expérimentalement ces trois variétés de tubercule. Il a obtenu la dernière en introduisant dans le péritoine des lapins des spores de lycopode; le poivre de Cayenne, déjà plus irritant, lui a donné de beaux spécimens de follicules tuberculeux; enfin, la poudre de Cantharides, déterminant une inflammation plus vive encore, ne produisait qu'une abondante néoformation embryonnaire sans caractères spéciaux, sans follicules tuberculeux ni cellules géantes.

(1) Ces renseignements sont empruntés aux mémoires de Keiner et de H. Martin.

(2) H. Martin, *Arch. de physiol.*, 1881, n° 1.

Ces résultats sont importants. Ils prouvent, comme le dit l'auteur, que le tubercule n'est, anatomiquement parlant, que le produit d'une inflammation plus ou moins vive. « Les corps étrangers quelconques peuvent produire des inflammations dont les conséquences anatomiques seront des néoplasmes semblables à ceux de la vraie granulation tuberculeuse : il suffit, pour obtenir ce résultat, que les corps étrangers dont on fait usage, possèdent une puissance inflammatoire égale à celle de l'agent tuberculeux quel qu'il soit (1). »

II

Que résulte-t-il de cette longue digression histologique? Ce n'est plus la cellule géante qui est en question, ce n'est pas davantage le follicule tuberculeux, c'est la granulation tuberculeuse elle-même. Non seulement celle-ci ne suffit pas à différencier les produits scrofuleux et tuberculeux, mais elle ne peut même pas caractériser à elle seule la tuberculose. C'est un produit inflammatoire non spécifique, mais générique, se retrouvant dans des conditions diverses et sans valeur propre au point de vue de la détermination d'une maladie.

Cette conclusion peut paraître audacieuse et peut-être ne faut-il l'émettre qu'avec des réserves, se souvenant qu'il faut se garder de comparer absolument des lésions pathologiques et expérimentales, de conclure de l'animal à l'homme. Mais elle est vraie d'une manière générale, et elle tend à prouver qu'on s'est trop hâté de confondre la scrofule et la tuberculose en se basant sur la simple identité microscopique des lésions. C'est, du reste, une exagération qu'un histologiste, dont personne ne contestera l'autorité, a combattue vivement à la Société médicale des hôpitaux : « Je n'admets en aucune façon, a dit M. Cornil, qu'il soit permis de définir par l'histologie seule et par la constatation d'un élément anatomique une maladie ou un groupe de lésions.

« Une maladie est un ensemble de faits plus complexes que ce qu'il est donné de voir sous le microscope sur une coupe mince dans l'étendue d'un dixième de millimètre. Pour caractériser une maladie, il faut partir de son étiologie, la suivre dans son développement, dans ses diverses localisations, dans ses symptômes, et enfin dans son anatomie pathologique à l'œil nu (2). »

C'est en obéissant à des considérations générales de cet ordre que l'on s'est remis à l'œuvre, ceux-ci cherchant à résoudre par la clinique le problème des rapports de la scrofule et de la tuberculose, ceux-là par la pathologie générale aidée de la pathologie expérimentale. Or, quelles sont

(1) H. Martin, *Loc. cit.*, p. 79.

(2) Cornil. *Soc. méd. des hôpitaux*, 10 déc. 1880.

tout d'abord les données de l'expérimentation? Permettent-elles d'affirmer ou de nier la spécificité du tubercule, néoformation sans spécificité au point de vue histologique? Permettent-elles de confondre ou de différencier le tubercule et le scrofulome? C'est là un côté nouveau et intéressant de la question que les travaux récents de H. Martin ont mis en relief, et que les discussions de la Société médicale des hôpitaux ont remis à l'ordre du jour.

Nous ne pouvons refaire dans cette courte revue l'historique complet des tuberculoses expérimentales. Les travaux que cette question a provoqués sont tellement nombreux que leur simple énumération dépasserait de beaucoup les limites qui nous sont assignées. Du reste, on trouvera cette curieuse histoire relatée tout au long dans la première monographie de Martin, dans sa thèse inaugurale de 1879. Nous nous contenterons de rappeler les phases principales par lesquelles a déjà passé la découverte de Villemin pour arriver rapidement aux faits qui sont aujourd'hui bien établis et à ceux qui sont encore l'objet de discussions.

Bien avant Villemin, l'idée de la contagiosité et de l'inoculabilité du tubercule avait rencontré des partisans, et l'on sait que déjà Cruveilhier, inspiré par les idées de Broussais sur la nature inflammatoire du tubercule, avait essayé de reproduire le néoplasme par irritation des tissus. Mais c'est Villemin qui, le premier, démontra en 1863, la transmissibilité de la tuberculose par des expériences méthodiques qui eurent un grand retentissement. Les conclusions de cet éminent observateur étaient les suivantes : « La tuberculose est une maladie spécifique. Sa cause réside dans un agent inoculable. L'inoculation se fait très bien de l'homme au lapin. La tuberculose appartient donc à la classe des maladies virulentes et devra prendre place dans le cadre nosologique à côté de la syphilis, mais plus près de la morve-vaccin (1). »

Cette tuberculose expérimentale, que Villemin obtenait par l'inoculation de produits tuberculeux sous la peau des lapins, Chauveau la reproduisait, quelques années après, en faisant avaler à des génisses des tubercules de l'espèce bovine et de l'homme. Cette découverte nouvelle, qui confirmait les premières recherches de Villemin, provoqua une certaine émotion qui se manifesta par des mesures d'hygiène très sévères prises contre la viande de boucherie provenant d'animaux tuberculeux; mais, d'autre part, elle donna lieu à des protestations sans nombre.

Les premiers travaux de Villemin avaient, du reste, donné lieu à de nombreuses expériences de contrôle, les unes favorables, les autres contraires à sa découverte; reproduites par plusieurs observateurs, les in-

(1) Villemin. *Acad. de méd.*, déc. 1863.

culations avaient été tantôt positives, tantôt négatives. Mais l'objection la plus grave qui s'éleva contre ses conclusions, ce fut la découverte de ce que l'on a appelé les pseudo-tuberculoses expérimentales. Cohnheim et Fränkel, après avoir confirmé par de nombreuses expériences sur les cochons d'Inde (animaux qui ne deviennent jamais spontanément tuberculeux) l'inoculabilité du tubercule, constatèrent que l'introduction dans la cavité péritonéale de ces animaux de corps étrangers quelconques, quelquefois même une simple incision des tissus, donnait lieu, au bout de deux ou trois jours, à une tuberculose miliaire. Ces faits ne pouvaient manquer de jeter un certain discrédit sur la doctrine de la virulence et de la spécificité de la tuberculose.

Néanmoins, les expériences n'ont jamais été interrompues, les discussions ont toujours continué, et aujourd'hui, comme nous le disions tout à l'heure, la question est toute d'actualité. Ceux-là même qui avaient tout d'abord rejeté la virulence du tubercule, ont reconnu, grâce à des expériences faites dans des conditions rigoureusement scientifiques, que leurs premières recherches les avaient induits en erreur. C'est ainsi que Cohnheim qui, l'un des premiers, avait obtenu des tuberculoses expérimentales par la simple irritation des tissus, se demande aujourd'hui s'il ne s'était pas produit une infection tuberculeuse dans ses cages à animaux, car une nouvelle série d'expériences semblables, qu'il a récemment entreprises, a été suivie d'un insuccès complet (1).

En Allemagne, la théorie de la virulence du tubercule compte, du reste, de nombreux adeptes. Elle a, pour principal défenseur, Klebs, qui considère la tuberculose comme une maladie infectieuse provoquée par la présence de germes particuliers auxquels il a donné le nom de *monas tuberculosum*; il a isolé ces germes par des cultures successives dans un liquide nourricier et les a inoculés. Cette nouvelle découverte ne peut encore être admise sans réserves, mais elle montre tout au moins les tendances d'Outre-Rhin en ce qui concerne la nature de la tuberculose.

En France, les opinions sont partagées, et, si un certain nombre d'observateurs distingués adoptent sans arrière-pensée les conclusions de Villemin, un grand nombre de médecins, restant fidèles à la tradition, sont complètement opposés à la virulence et à la contagiosité du tubercule. Deux opinions sont en présence : d'après l'une, le tubercule serait engendré par un virus spécifique inhérent au produit tuberculeux; pour l'autre, le tubercule n'est qu'un exsudat inflammatoire pouvant être provoqué par une irritation quelconque. C'est cette dernière opinion que H. Martin combat à l'aide d'expériences et d'observations nouvelles dans

(1) Cohnheim. Cité par Martin, *Arch. de phys.*, n° 1, 1881.

un travail auquel nous avons déjà fait de nombreux emprunts à propos de la pathogénie et de la structure histologique du tubercule.

Comment expliquer les contradictions singulières qui ont cours dans la science au sujet des tuberculoses expérimentales, les uns admettant que chez certains animaux une simple irritation peut donner lieu à des lésions tuberculeuses, les autres pensant, au contraire, que celles-ci ne peuvent être que le fait d'une infection soit par inoculation, soit par le séjour prolongé dans un milieu infecté? H. Martin a cherché et trouvé la raison de ces divergences en comparant entre elles les tuberculoses expérimentales par simple irritation qu'il appelle pseudo-tuberculoses expérimentales, et les tuberculoses expérimentales vraies qui sont le résultat de l'inoculation de produits tuberculeux. Or, il existe entre ces deux ordres de lésions une différence fondamentale qui éclaire la question d'une lumière nouvelle. Cette différence réside dans les propriétés de généralisation et d'inoculabilité qui appartiennent au vrai tubercule, tandis qu'elles ne sauraient être attribuées au pseudo-tubercule expérimental.

En ce qui concerne tout d'abord la propriété de généralisation, le fait paraît absolument démontré par les expériences de Martin. L'inoculation de corps étrangers inertes, poudre de lycopode, poivre de Cayenne, poudre de cantharides n'a jamais donné lieu dans ses expériences qu'à de la tuberculose locale, strictement limitée à la région irritée par l'introduction de ces corps étrangers; au contraire, l'inoculation de produits tuberculeux est suivie à courte échéance d'une tuberculose généralisée chez l'animal en expérience. La lésion élémentaire est la même; il s'agit, dans les deux cas, d'un processus inflammatoire spécial à la vérité, caractérisé par la production de cellules géantes, de follicules tuberculeux et même de granulations tuberculeuses. Dans les deux cas, il faut admettre l'existence d'un agent inflammatoire, cause première des lésions; mais tandis que, pour les pseudo-tuberculoses expérimentales, cet agent est représenté par un corps inerte sans propriétés infectieuses, il est constitué pour les tuberculoses vraies, généralisées, par un produit spécifique, virulent, dont l'action rayonnante détermine des lésions identiques dans les différents organes.

« Quel est, en réalité, cet agent tuberculeux? Il n'est pas actuellement visible, palpable comme nos corps étrangers. Il est cependant infiniment probable qu'il s'agit de particules très ténues qui, entraînées par le torrent circulatoire, sont portées çà et là dans nos tissus, soit par le plasma nutritif, soit plutôt par les cellules migratrices. Du nombre où de la provenance de ces particules (provenance d'un foyer plus ou moins actif), dépend leur puissance inflammatoire et, consécutivement, la variété du tubercule qui va se former. Nous admettrions donc volontiers, ce qui nous est bien permis après tout ce qui précède, qu'au centre de tout tu-

bercule il y a tout d'abord un dépôt d'agent tuberculeux; et comme il est facile de comprendre que, chez un même individu, ces centres de tuberculisation peuvent ne pas avoir une même activité, nous comprenons, par cela même, la coexistence si fréquente des diverses variétés de tubercules dans un même organisme (1). »

Voilà donc un premier caractère, la généralisation par infection qui appartient au vrai tubercule. Il faut y ajouter, pour bien établir sa nature virulente, la propriété d'inoculabilité. Pour la démontrer, H. Martin (2) a entrepris des expériences d'inoculations en séries, appliquant à la tuberculose la méthode employée par Davaine; cet éminent expérimentateur avait observé et démontré que le sang des animaux atteints d'affections virulentes, et principalement de septicémie, acquiert des propriétés de plus en plus infectieuses lorsqu'on pratique, sur des lapins par exemple, une série d'inoculations.

Des expériences de ce genre appliquées au tubercule demandent de longs mois, en raison de la marche habituelle de la maladie tuberculeuse. H. Martin ne conclut pas encore, mais il annonce que « les premiers faits obtenus semblent démontrer que, par les inoculations en série, le virus tuberculeux acquiert des propriétés de plus en plus infectieuses ». Il cite, d'autre part, des inoculations en séries pratiquées par Villemain, Colin d'Alfort, Toussaint qui semblent venir à l'appui de son idée. A ces faits positifs, Martin ajoute des faits négatifs qui ont une grande importance et qui confirment, du reste, ses premières expériences sur la nature des pseudo-tuberculoses expérimentales. Les inoculations en séries du pseudo-tubercule donnent des résultats tout opposés à celles du tubercule, résultats qui peuvent se résumer ainsi :

L'inoculation de la matière extraite des tubercules consécutifs à l'inoculation de corps étrangers non tuberculeux, ne donne jamais une tuberculose généralisée; elle perd même, dès le deuxième terme de la série, au plus tard dès le troisième, la propriété de déterminer une inflammation locale. Il y a donc lieu de décrire un tubercule infectant, tubercule légitime, et un tubercule non infectant, non généralisable, auquel il conviendrait peut-être de ne point conserver une dénomination qui prête à la confusion.

Il résulte de tous ces faits que la spécificité de l'inflammation tuberculeuse, impossible à établir par l'anatomie pathologique, pourrait être démontrée par l'expérimentation physiologique. Nous aurons à revenir sur ces résultats à propos de l'étiologie de la tuberculose et de sa détermination nosologique. Quant à présent, restant sur le terrain de la pa-

(1) H. Martin. *Loc. cit.*, p. 81.

(2) H. Martin. *Arch. de physiol.*, 1881, n° 2.

thologie expérimentale, nous devons nous demander si ces propriétés infectieuses du tubercule qui le distinguent du pseudo-tubercule expérimental, appartiennent aussi à ces lésions que Klebs a réunies avec le tubercule dans un même groupe sous le titre de *Tumeurs d'infection*, à savoir : la scrofule, la syphilis, la morve, la maladie perlée. Pour nous en tenir à l'objet principal de cette étude, il sera question surtout de l'inoculation comparée des produits scrofuleux et tuberculeux qui, ainsi que nous l'avons vu plus haut, présentent une structure histologique très analogue.

La question est ainsi posée par M. Martin :

Le tubercule vrai, inoculé localement fait succomber l'animal, après une ou plusieurs inoculations, par tuberculose miliaire aiguë généralisée; du tubercule pris sur cet animal produit chez un second une affection généralisée semblable, et ainsi de suite.

Le scrofulome reproduit-il du tubercule infectieux généralisé, et cela sur une série d'animaux, par une série d'inoculations; s'il en est ainsi, ce serait véritablement du tubercule.

Il n'est pas inutile de signaler ici que le syphilome, produit histologiquement semblable au tubercule et au scrofulome, ne donne, d'après les expériences de Martin, que de la tuberculose locale sans infection. C'est un fait important au point de vue de la pathologie générale, et qui prouve, tout au moins, que l'expérimentation ne doit pas être négligée comme réactif de la nature des produits morbides. Quant au scrofulome, l'auteur fait remarquer combien il est difficile de se procurer de la matière caséuse chez un scrofuleux pouvant être considéré comme absolument exempt de tubercules. Il n'a pas eu, jusqu'à présent, cette bonne fortune, et, par conséquent, ne peut répondre à la question qu'il a si clairement posée.

Villemin (1) consacre quelques lignes à la question de l'inoculation des produits scrofuleux, pensant qu'elle pourrait résoudre le problème tant controversé de l'identité et de la non identité de la tuberculose et de la scrofule. La lésion anatomique seule, dit-il, est, la plupart du temps, insuffisante pour reconnaître si une altération des glandes lymphatiques est bénigne ou relève de la redoutable consommation qui ne pardonne presque jamais. Les résultats qu'il a obtenus dans les deux seules inoculations de produits caséux scrofuleux ne sont, du reste, ni concordants, ni concluants. Il s'agissait, dans une première expérience, d'une inoculation de matière caséuse prise chez un enfant scrofuleux atteint d'impétigo, d'ulcérations labiales, d'adénopathie cervicale, et mort dans le marasme sans tuberculose pulmonaire; cette inoculation, faite à deux

(1) Villemin. *Études sur la tuberculose*, p. 338.

lapins, fut positive, et l'auteur en conclut qu'il s'agissait d'une tuberculisation des ganglions lymphatiques externes. Dans une seconde expérience, l'inoculation à deux lapins de grumeaux caséux, provenant d'une adéomite strumeuse survenue chez un scrofuleux, du reste vigoureux, ne fut suivie d'aucun résultat. « Ces expériences, dit Villemin, qui doivent nécessairement être répétées encore, tendent donc à prouver ce que nous avons établi, à savoir que les engorgements caséux des ganglions lymphatiques ressortissent à des causes diverses. Les uns, ce qui est constaté depuis longtemps, sont une manifestation de la tuberculose, les autres apparaissent chez les enfants et les adolescents, sans compromettre gravement leur santé. »

Il semble donc que Villemin admette une distinction entre les lésions tuberculeuses et les lésions simplement scrofuleuses. Mais ses expériences sont trop peu nombreuses pour permettre de conclure.

Kiener s'est récemment occupé de ce sujet, et, dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, il donne le résultat de ses recherches sur l'inoculabilité du tubercule et du scrofulome. Deux questions, dit-il, étaient à résoudre : l'inoculation du tubercule peut-elle produire des affections localisées, analogues aux affections scrofuleuses ? L'inoculation des produits scrofuleux provenant de l'homme donne-t-elle aux animaux la tuberculose ?

Pour ce qui regarde le premier terme de ce problème, l'auteur constate que chez ses cobayes en expérience, jamais il n'a pu obtenir une affection localisée rappelant par sa durée, par sa curabilité et ses récurrences, la marche de la scrofule humaine. Aucun des animaux inoculés n'a survécu plus de quatre mois, et la généralisation a eu lieu dans tous les cas. De cette première série d'expériences, Kiener conclut comme Martin, « que les germes tuberculeux lèvent immédiatement dans le lieu même où ils sont déposés, y déterminent une affection locale tuberculeuse, et se disséminent ensuite dans l'organisme avec une certaine lenteur, et dans un ordre constant, déterminé par le cours de la circulation lymphatique ou sanguine. »

Quant à la deuxième question, celle de l'inoculabilité des produits scrofuleux de l'homme, voici les faits observés par Kiener, dans les termes mêmes de sa communication :

« Je possède à ce sujet six faits seulement. L'insertion dans le tissu cellulaire sous-cutané de fongosités provenant de tumeurs blanches, et reconnues tuberculeuses par l'examen histologique, a déterminé deux fois chez le cobaye une tuberculose généralisée suivant le mode indiqué plus haut. Le même résultat a été obtenu trois fois en injectant dans la cavité abdominale du pus provenant d'abcès froid de l'homme.

« J'ai, dans ces derniers mois, poursuivi ces recherches avec mon col-

lègue et ami M. Charvot, dans le but de déterminer la nature d'affections osseuses, d'ulcères et d'abcès, incertaine au point de vue clinique. Nos inoculations ne sont pas encore assez nombreuses pour autoriser des conclusions sur la valeur de cette épreuve comme moyen diagnostique. Mais un succès obtenu par des fongosités d'un trajet fistuleux périostique du dos de la main, chez un sujet tuberculeux du poumon, est acquis à la démonstration de l'inoculabilité.

« Enfin, j'ai pu récemment, avec l'obligeant concours de M. le professeur Mathieu, inoculer chez deux cobayes des papules de lupus provenant d'un homme atteint, depuis plusieurs années, avec conservation de la santé générale, d'un lupus de la cuisse dont la structure m'était connue histologiquement. Ces deux inoculations ont donné lieu à une tumeur indurée et ulcérée qui a fini par guérir, sans avoir provoqué aucune trace de tuberculose au bout de deux mois (1). »

Tels sont les seuls faits d'inoculation de scrofulome jusqu'ici connus, et, comme il est facile de s'en convaincre, il ne s'agissait pas de produits scrofuleux empruntés à des malades certainement indemnes de tuberculose pulmonaire, puisque l'auteur ne paraît pas avoir attaché d'importance à cette constatation. Il est donc difficile de conclure, dès à présent, et de répondre par l'affirmative ou la négative à la question de l'identité du tubercule et du scrofulome envisagés au point de vue expérimental. En résumé, l'histologie ne permet pas de distinguer les deux produits, mais elle ne confirme pas davantage leur nature d'abord supposée spécifique; l'expérimentation qui paraît démontrer la spécificité du tubercule n'a pas encore dit son dernier mot en ce qui concerne le scrofulome. C'est à la clinique qu'il convient dès lors de s'adresser pour trouver, non pas un critérium certain permettant de différencier ou de confondre la tuberculose et la scrofule, mais les bases d'une détermination nosologique nécessaire pour guider les observateurs dans leurs recherches nouvelles. Après avoir comparé l'anatomie pathologique des deux maladies, il est donc indispensable de comparer leurs causes, leurs manifestations diverses; les discussions de la Société médicale des hôpitaux nous fourniront les éléments de cette seconde partie de notre travail.

(A suivre.)

(1) Kiener. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1881.

REVUE FRANÇAISE.

DERMATOLOGIE.

LES TACHES BLEUES ET LE PHTIRIUS. — M. DUGUET. M. GIBIER (de Savigny). *Société de Biologie*. Séance du 5 février 1881.

Dans le tome I^{er} de la 2^e série des *Annales de dermatologie*, année 1880, page 544, en reproduisant le mémoire de Duguet sur les *taches bleues, leur production artificielle, leur valeur sémiologique*, j'ai mis nos lecteurs à même de se renseigner exactement sur cette question nouvelle et intéressante.

M. Gibier (de Savigny), ayant en vain cherché ces taches bleues chez un nombre déterminé de sujets porteurs de *pediculi pubis*, exprime ses doutes à la Société de biologie dans la forme suivante :

« 1^o Sont-ce bien des taches ombrées que produisent les piqûres du *pediculus pubis* ? »

« 2^o Les taches expérimentales sont-elles identiques aux vraies taches ombrées ? »

« 3^o A-t-on observé ces taches chez de jeunes enfants impubères ; si oui, à quoi peuvent-elles bien être dues ? »

« 4^o En a-t-on observé « dans le monde » chez les malades propres ? »

M. Duguet n'a pas contesté la valeur de quelques-unes de ces propositions : il a eu soin de dire lui-même que tous les sujets atteints de *pediculi pubis* n'avaient pas de taches ombrées, mais seulement (ainsi que M. Mourou) que tous ceux qui avaient des taches ombrées avaient des *pediculi pubis*.

Nous en tombons d'accord avec notre savant collègue et ami, sous la réserve du temps nécessaire à une enquête nouvelle et un peu étendue sur l'état des sujets qui présentent les conditions pathologiques dans lesquelles les macules cyaniques ont été signalées : fièvres gastriques, fébricules ou fièvres typhoïdes, etc. Il est absolument indispensable que plusieurs observateurs veuillent bien examiner à ce point de vue plusieurs séries des malades que nous venons d'indiquer. Cet examen ne peut être suffisant si l'enquête n'est pas préméditée, et si tous ces malades ne sont pas examinés sur toute la surface du corps et à une lumière

convenable. Ces précautions sont tellement nécessaires que nous aurions aimé les voir indiquées comme ayant été prises dans les observations de M. Gibier (de Savigny). Nous ne croyons pas, pour notre part, que l'on rencontre une série de « plus de deux cents phthiriques » (je ne dis pas phthiriasiques) n'ayant pas de taches bleues. Lorsque les malades seront examinés sous une lumière convenable, à un jour suffisant, nous ne croyons pas que l'on en puisse rencontrer même un petit nombre, quatre par exemple, qui ne portent pas de taches bleues. MM. Moursou et Duguet sont beaucoup plus près de l'exactitude, en déclarant que les taches bleues sont ordinaires chez les phthiriques. Je ne fais même aucune difficulté de reconnaître que leur fréquence est plus grande que je n'étais d'abord disposé à le penser; mais je rappellerai cependant que, dans ce que j'ai écrit en juillet 1880 (p. 545 des *Annales de dermatologie*), j'ai spécifié que je parlais des sujets « sains ». Chez les fiévreux, ces taches phthiriques se produisent plus largement, sans aucun doute.

Mais le point essentiel de l'argumentation de M. Gibier est formulé dans ses propositions 1, 2 et 3; c'est celui-là même que nous avons énoncé plus haut, la nécessité de démontrer encore plus complètement l'identité des taches bleues classiques avec les taches bleues des phthiriques, et d'établir qu'il n'y a pas d'autres taches ombrées que les taches phthiriques; nous venons de dire comment, selon nous, cette question devait être tranchée, et à quelles conditions.

Un dernier point, capital. On sait que c'est à Duguet que l'on doit la démonstration expérimentale de la relation qui unit les taches bleues à l'action du venin phthirique. Cette démonstration est aujourd'hui complète, et chacun peut la reproduire par le procédé de Duguet, lequel consiste à broyer une dizaine de *pediculi pubis* avec une spatule, et avec addition d'une goutte d'eau, puis à insérer, à l'aide d'une lancette (comme si l'on pratiquait la vaccination), une petite partie de cette pâte soit sur les membres, soit sur le tronc. Au bout de 12 à 24 heures, on peut constater, au niveau des points inoculés, de magnifiques taches bleues qui persistent pendant huit à dix jours, et que l'on peut, par conséquent, étudier tout à loisir.

En terminant, et pour donner à cette intéressante question toute la publicité qu'elle mérite depuis les travaux de Moursou et de Duguet, nous reproduisons les paroles prononcées à ce sujet par ce dernier à la Société de Biologie, à l'occasion de la communication de M. Gibier (de Savigny) :

M. Duguet : « Je profiterai de l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Gibier pour tenir la Société de Biologie au courant de quelques recherches complémentaires que j'ai faites sur le phthirus inguinalis et les taches bleues, depuis ma communication de l'an dernier.

« De quelle partie de l'animal provient la matière, l'élément qui, introduit dans le derme, amène, autour du point d'introduction, la coloration qui fait la tache bleue? Telle était l'une des premières questions à résoudre.

« J'ai réuni un certain nombre d'œufs, je les ai broyés, j'en ai fait une masse que j'ai insérée par petites portions sous l'épiderme, et cela, à plusieurs reprises. Je n'ai rien obtenu.

« Sous le champ du microscope, à un faible grossissement, j'ai coupé plusieurs têtes, que j'ai réunies ensuite et broyées ensemble; j'en ai inséré la substance sous l'épiderme. Rien encore. J'ai fait part de mes essais infructueux à M. le professeur Laboulbère, très compétent, tout le monde le sait, en entomologie. Je pensais que les glandes salivaires de l'animal devaient fournir l'élément que je cherchais, et ces glandes salivaires je croyais les enlever avec la tête de l'animal. M. Laboulbère m'apprit que les glandes salivaires s'étendent, chez ces animaux, jusque dans le corps même de l'animal, et que, pour les obtenir, je devrais opérer par arrachement. C'est ce que je fis alors. J'arrachai avec des pinces fines un certain nombre de têtes, et je recommençai mes expériences. Je ne fus pas plus heureux, car je n'obtins encore aucun résultat.

« D'un autre côté, répétant avec le corps de l'animal, que la tête ait été ou coupée ou arrachée, j'ai continué à produire des taches bleues comme dans mes premières expériences. »

ERNEST DESNIER.

CACHEXIE PACHYDERMIQUE.

(OÈDÈME CRÉTINOÏDE, MYXOÈDÈME.)

S. WILLIAM GULL. — On a cretinoïd state supervening in adult life in women. (*Transactions of the clinical Society*. 1874.)

D. WILLIAM M. ORD. — On myxœdema. (*Medico-Chirurgical Transactions*. Vol. LXI.

— Clinical lecture on myxœdema. (*British medical Journal*. Mai 1878.)

OLIVE. — Sur le myxœdème. (*Archives générales de médecine*. T. I, 1879.)

HADDEN. — Du myxœdème. (*Progrès médical*, n° 30 et 31, 1880.)

BALLET. — Cachexie pachydermique. (*Progrès médical*, n° 30, 1880.)

THAON. — Cachexie pachydermique. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. Août 1880.)

GOODHART. (*The medical Times and Gazette*. Mai 1880.)

CHARCOT. — Myxœdème, cachexie pachydermique ou état crétinoïde. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 10, 1881.)

DE RANSE. — La cachexie pachydermique. (*Gazette médicale*, n° 51, 1880.)

La première observation de la maladie récemment décrite, sous le nom de myxœdème et de cachexie pachydermique, est due à William Gull, qui signalait en 1874, à la Société clinique de Londres, ce type clinique nouveau sous le nom « d'état crétinoïde survenant à l'âge adulte chez la femme ». En 1878, William Ord publiait dans deux journaux anglais plusieurs observations nouvelles, dont l'une suivie d'autopsie et d'examen histologique ; c'est à cet auteur que l'on doit la dénomination de « myxœdème ».

En France, à part une revue publiée dans les *Archives de médecine*, en 1879, par Olive, la question n'était pas connue. Cependant, M. Charcot avait été frappé depuis très longtemps de l'aspect singulier de quelques malades, profondément anémiques, bouffis sans être albuminuriques, ni cardiaques, et dont la peau distendue était rugueuse, squameuse ou famellose. Il avait donné à cette affection le nom de « cachexie pachydermique » et se proposait de la faire connaître, la croyant ignorée ; lorsqu'il eut l'occasion d'en trouver la description dans les journaux anglais. Une de ses principales observations est consignée dans un important travail de Thacon, publié l'an dernier dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, mémoire inspiré par M. Charcot, et qui servira de base à toutes les recherches qui pourront être faites sur cette curieuse maladie. On trouvera également, dans le *Progrès médical* de 1880, une revue générale de la question, telle qu'elle est comprise en Angleterre, et deux observations nouvelles, l'une de M. Charcot, publiée par Ballet, l'autre de Bourneville et d'Olier. Enfin, M. Charcot a fait, à la Salpêtrière, une conférence clinique sur ce sujet, conférence publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, et résumée par la *Gazette médicale* dans ces derniers mois. C'est à l'aide de ces matériaux que l'on peut esquisser aujourd'hui l'histoire de la cachexie pachydermique ou myxœdème des Anglais.

Cette maladie n'est pas spéciale à la femme adulte, comme l'avaient cru les premiers auteurs qui s'en sont occupés. Elle a été observée chez l'homme, par M. Charcot ; chez l'enfant, par Bourneville et d'Olier. Les causes qui lui donnent naissance sont peu connues : on signale l'influence des chagrins, des émotions, des tracasseries domestiques, des fatigues prolongées et excessives. La syphilis, les excès de nourriture ou de boissons ne peuvent être incriminés. Enfin, la maladie ne paraît pas spéciale à certains climats ; elle est signalée en Angleterre et en France. M. Charcot en a rencontré un cas à Venise et un autre en Espagne. A cela se borne ce que l'on sait sur l'étiologie de la cachexie pachydermique.

Les symptômes de la maladie sont caractéristiques. Ils consistent, d'une part, en une déformation générale des diverses régions du corps, surtout appréciable à la face et aux extrémités. Cette déformation est due à un œdème spécial du tégument externe, œdème dur, résistant, sur

lequel la pression du doigt ne laisse pas son empreinte. Le gonflement œdémateux est accompagné d'une teinte spéciale de la peau, teinte jaune, cireuse, qui rappelle quelque peu la pâleur des brighthiques. En même temps la peau est sèche, rugueuse, le siège d'une desquamation furfuracée ou lamelleuse, donnant à la main la sensation d'une peau de requin.

L'infiltration œdémateuse spéciale de la cachexie pachydermique est à peu près répandue sur toute la surface du corps et donne à certaines régions un aspect singulier qu'il est impossible de méconnaître. La face est élargie, bouffie, d'une pâleur porcelainique, sauf au niveau des joues et autour des narines, où se remarque une teinte rosée qui devient plus vive sous l'influence de l'émotion. Le front est bossué ; les paupières sont gonflées et plissées, demi-transparentes ; les yeux à peine entr'ouverts sont chassieux et pleurards. Le nez est épais, aplati, avec des narines largement dilatées. Les lèvres sont violacées, tuméfiées, renversées en dehors ; la lèvre inférieure surtout épaissie est pendante. De cet ensemble résulte une physionomie d'une placidité singulière, et il semble que la face soit couverte d'un masque.

Les mains ont un aspect caractéristique : elles sont larges, tuméfiées, apaties et violacées, et présentent, suivant l'expression de Gull, la forme d'une bêche (spade-like), ou sont comparables, comme l'a dit Charcot, à l'extrémité d'un pachyderme. Les pieds sont déformés de la même manière. Enfin, le tronc lui-même et les membres sont envahis par cette infiltration œdémateuse qui efface les creux et les reliefs, de telle sorte que la taille est effacée, que le ventre élargi tombe en poire, que les membres sont transformés en colonnes cylindriques, sans saillies osseuses ni musculaires.

Les altérations de la peau ne se bornent pas à cette infiltration et à cette déformation, ses annexes mêmes sont intéressées. La sécrétion des glandes sébacées et sudoripares est supprimée ; souvent les poils et les cheveux tombent prématurément, par suite de l'atrophie des follicules pileux.

L'infiltration gagne également les muqueuses : les gencives sont tuméfiées et saignantes, en même temps les dents se déchaussent et tombent ; la langue et le voile du palais sont épaissis, gênant la parole, en sorte que le malade paraît avoir de la bouillie dans la bouche ; quelquefois la voix est rauque, en raison de lésions semblables de la muqueuse du larynx ; enfin, Ord a signalé de la gêne de la défécation, semblant résulter de l'épaississement de la muqueuse inférieure du rectum. Ajoutons que les phénomènes dyspeptiques observés chez plusieurs malades paraissent indiquer la participation de la muqueuse stomacale à l'infiltration

générale, ainsi que Ord a cru le remarquer dans l'autopsie qu'il a pratiquée.

A ces symptômes purement objectifs de la cachexie pachydermique, se joignent des troubles fonctionnels paraissant avoir leur origine dans le système nerveux central et des phénomènes généraux de cachexie.

Tous ces malades sont profondément anémiques ; ils sont languissants et apathiques, ont toujours froid, en été comme en hiver, et leur température centrale légèrement diminuée indique bien qu'il ne s'agit pas là d'une sensation purement subjective. Il existe en même temps chez eux une diminution notable de l'activité cérébrale ; l'on remarque une lenteur particulière dans la pensée comme dans la parole. L'intelligence est conservée, mais elle est paresseuse. Tous les mouvements s'accomplissent avec effort ; ils sont lents et bientôt suivis d'une fatigue extrême. On a noté quelquefois des phénomènes d'excitation, du délire, des hallucinations. Malgré l'état de torpeur des malades, les muscles ont leur puissance habituelle, mais c'est l'excitation que leur envoie le cerveau qui manque d'énergie.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal ; le cœur est intact ; les urines ne renferment pas d'albumine pendant tout le cours de la maladie, sauf dans les dernières périodes. Dans les deux seuls cas qui aient été suivis jusqu'à la mort, et qui ont été rapportés par Ord, les malades sont devenus albuminuriques dans les derniers mois et ont succombé dans le coma.

La marche de la maladie est très longue. Certains malades ont pu être suivis pendant sept ans, et encore le début, généralement insidieux, ne permet-il pas de déterminer cette durée d'une manière précise. Deux ou trois fois seulement on a pu observer un début brusque : chez un malade de M. Charcot, l'enflure fut précédée par des frissons violents ; le commencement de l'affection fut marqué chez une malade du Dr Ord par de l'hématurie. La mort paraît être la terminaison inévitable. Il est difficile, du reste, de se prononcer dès à présent en parfaite connaissance de cause. M. Charcot a signalé une amélioration très notable chez un de ses malades, sous l'influence de la diète lactée, des bains sulfureux, du massage, du séjour dans un climat sec et tempéré. Il faut savoir que les médicaments internes sont mal tolérés par les malades atteints de myxœdème, sans doute en raison du fonctionnement défectueux de la peau et des muqueuses.

Une seule autopsie a pu être faite jusqu'à présent : elle est due au Dr Ord, et révèle certaines particularités anatomo-pathologiques qui permettent de comprendre certains des symptômes de la maladie. La lésion fondamentale, la tuméfaction spéciale de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, comme aussi des muqueuses, consiste en une infiltration gela-

tineuse qui résiste à la coupe et qui donne toutes les réactions chimiques de la mucine, possédant d'autre part tous les caractères histologiques du tissu muqueux. C'est en se basant sur cette altération distincte de l'œdème vulgaire que l'auteur a proposé le nom de myxœdème (œdème muqueux) pour caractériser la maladie.

L'infiltration mucoïde de la peau entoure les réseaux vasculaires et engauchonne les extrémités nerveuses qu'elle semble soustraire aux influences extérieures, fait qui a donné naissance à une des théories de la maladie. Comme autres altérations du tégument externe, Ord a constaté l'atrophie des bulbes pileux, des glandes sébacées et sudoripares, lésions qui expliquent la chute des poils et la suppression des sécrétions sébacée et sudorale.

Ce même tissu mucoïde qui infiltre la peau se retrouve dans les parenchymes profonds, dans le foie, dans la muqueuse de l'estomac, dans la glande thyroïde, dans les reins, autour des glomérules de Malpighi. Enfin, dans le cœur et les muscles, des modifications semblables du tissu conjonctif déterminent la disparition des éléments musculaires.

On peut émettre quelques réserves sur l'interprétation que donne Ord des diverses lésions qu'il a constatées dans les viscères. Cette même autopsie fait mention, d'une part, de l'atrophie des reins avec aspect granuleux de la substance corticale; d'autre part, d'une hypertrophie du ventricule gauche, avec athérome des grosses artères, épaississement des petites artérioles. Ces lésions ne laissent aucun doute sur l'existence d'une néphrite interstitielle, ainsi que le fait remarquer Thaon; on peut encore se demander si l'infiltration embryonnaire des divers parenchymes n'était pas liée précisément à cet athérome artériel généralisé qui détermine du côté de tous les viscères des lésions de ce genre. Ord considère cette néphrite interstitielle comme un phénomène ultime. Un seul fait ne suffit pas pour établir les relations de cette maladie avec le myxœdème; il y a là une inconnue que de nouveaux examens anatomopathologiques pourront seuls résoudre.

Quelle est, dès à présent, la nature de la maladie que nous venons de décrire, d'après les auteurs qui ont pu l'observer? Les diverses dénominations que l'on a proposées répondent, pour une part, à cette question. Gull, surtout frappé de l'aspect extérieur des malades, qui ressemblent d'une façon plus ou moins grossière à des crétins, les disait atteints d'*œdème crétinoïde*. Ord, partant de l'examen histologique qui lui avait révélé l'infiltration mucoïde de la peau et des viscères, a, le premier, employé la dénomination de *myxœdème*, pensant, du reste, que la même lésion était à la fois l'origine des phénomènes extérieurs de la maladie et des troubles fonctionnels et généraux qui la caractérisent. Enfin, M. Charcot ne préjuge rien de la nature du mal et désigne cette *cachexie*

par le mot de *pachydermique*, d'après l'aspect général des extrémités et des membres.

Est-il possible d'aller plus loin sans entrer dans le domaine des hypothèses ?

Gull était disposé à considérer le myxœdème comme un état pathologique voisin du crétinisme, se basant sur l'habitus général et l'apathie spéciale que l'on observe dans les deux cas. Cependant, ces analogies grossières ne suffisent pas pour autoriser ce rapprochement, étant donnée surtout la rareté du myxœdème chez les crétins. Récemment Bourneville et d'Olier ont publié l'observation d'un jeune crétin de 19 ans, pensionnaire de Bicêtre, qui présente tous les symptômes du myxœdème, et M. Charcot a pu montrer ce malade à ses conférences cliniques de la Salpêtrière. Ce seul fait ne permet pas d'autre interprétation que celle que M. Charcot a proposé, à savoir : que le myxœdème peut exister chez l'adulte et chez l'enfant, que chez ce dernier il produit l'arrêt de développement-physique et intellectuel, un état comparable au crétinisme, tandis que chez l'adulte il se borne à produire un affaiblissement, une obnubilation des fonctions intellectuelles.

Ord avait essayé d'expliquer tous les symptômes nerveux par la suppression ou la diminution des excitations périphériques, due elle-même à l'encapuchonnement des extrémités nerveuses par le tissu muqueux qui en amortit toutes les impressions. A la longue, le cerveau, manquant de son stimulus habituel, s'habitue à répondre tardivement. Or, comme le fait remarquer Thaon, il faudrait, pour admettre cette hypothèse, que le myxœdème proprement dit précédât les phénomènes cérébraux, et c'est souvent le contraire qui a lieu ; d'autre part, cette subordination des fonctions intellectuelles à l'état de la sensibilité périphérique n'existe pas, comme le prouvent les anesthésies plus ou moins généralisées que l'on observe dans certains états morbides, par exemple, l'hystérie, où l'intelligence conserve toute son activité.

Faut-il admettre, avec Goodhart, que les symptômes cérébraux sont dus à un véritable myxœdème de l'encéphale ? Cela serait admissible si Ord ne disait expressément qu'il a cherché ces lésions du cerveau sans les rencontrer.

Enfin, pour citer une dernière hypothèse, il serait possible, comme l'a dit Thaon, que l'état cérébral qui souvent précède le myxœdème, tînt sous sa dépendance la plupart des autres symptômes, notamment les lésions cutanées : la dermatologie fournit en effet de nombreux exemples d'affections cutanées déterminées par des impressions morales pénibles. Mais il est plus sage, quant à présent, de se borner à la simple constatation des faits, et de définir la cachexie pachydermique, comme l'a fait M. Charcot, une maladie caractérisée :

- 1° Par un état cachectique accentué ;
- 2° Par une altération spéciale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (myxœdème proprement dit) ;
- 3° Par un état particulier des fonctions cérébrales et spinales.

P. MERKLEN.

I. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FORMATION DES PUSTULES ET DES VÉSICULES SUR LA PEAU ET LES MUQUEUSES, par HENRI LOLOIR. (*Archives de physiologie*, 1880, p. 307.)

II. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA STRUCTURE ET DU DÉVELOPPEMENT DES PRODUCTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES SUR LES MUQUEUSES ET LA PEAU, par HENRI LOLOIR. (*Archives de physiologie*, 1880.)

I

Cette étude est le complément et la conclusion d'une série de recherches que l'auteur a entreprises sur le mode de formation des pustules et des vésicules, recherches consignées dans le *Bulletin de la Société de biologie* (1878), de l'*Académie des Sciences* et de la *Société anatomique* (1879), enfin dans un premier travail publié par les *Archives de physiologie*, en 1878. Les détails précis et nouveaux que donne Loloir sur l'histologie pathologique des vésicules et des pustules ont cet intérêt qu'ils ont été obtenus, grâce à la méthode d'examen, à l'état frais de fragments de peau excisés chez les malades, méthode que M. le Dr Ernest Besnier a désignée sous le nom de biopsie. D'autre part, il s'agit de résultats synthétiques, puisque le processus commun de vésiculation et de pustulation décrit par l'auteur a été observé par lui dans diverses lésions du même genre, mais de causes variées, à savoir : dans la pustule de la variole à ses différentes phases, dans la pustule vaccinale, dans les syphilides varioliformes, les plaques muqueuses, vésiculeuses, l'ecthyma infantile, l'impétigo.

Le processus qui préside à la formation des vésicules et pustules sur la peau et les muqueuses, identique dans les différents cas, peut se résumer de la manière suivante : le processus se passe dans le corps de Malpighi et dans la couche des cellules granuleuses de Aufferman et Langerhans, ainsi que cela est aujourd'hui généralement admis. La pustule représente le dernier terme de diverses phases qui sont aussi des lésions distinctes, la macule, la papule, la vésicule, enfin la pustule.

L'auteur n'a pu se procurer des fragments de peau à la période maculeuse ; il rappelle que la macule, d'après Berensprung et d'autres dermatologistes, tiendrait à l'hyperémie du corps papillaire, hyperémie qui s'étendrait même à tout le derme.

La papule est due pour la plus grande part à des altérations cellulaires qui présentent un caractère irritatif manifeste, à savoir : la prolifération des cellules épithéliales et leur augmentation de volume, lésions accompagnées de l'hypertrophie inflammatoire des papilles dermiques et quelquefois du derme lui-même. Mais, à côté de ces altérations en quelque sorte diffuses, il existe une sorte de dégénérescence des cellules épithéliales, premier indice de la lésion vésiculeuse. C'est cette modification spéciale qui constitue le fait original des recherches de Leloir. Elle consiste dans la formation d'un espace clair situé entre le noyau et le protoplasma, espace clair qui entoure le noyau et va toujours en augmentant, de manière à refouler le protoplasma vers la périphérie et à former une sorte de cavité périnucléolaire. Le noyau persiste intact, souvent bourgeonné et se divise, parfois se ratatine dans un coin de l'espace clair. Dans cette période, les dentelures des cellules épithéliales persistent ; le protoplasma reste granuleux, mais a simplement diminué d'étendue.

Lorsque la lésion cutanée doit aboutir à la formation d'une vésicule, la cavité circumnucloélaire s'accroît, le protoplasma, refoulé à la périphérie, n'est plus représenté que par une bande mince, d'apparence fibrillaire : c'est le deuxième degré de la lésion, la formation réticulaire. Le protoplasma des cellules perd son aspect granuleux, se raccornit ; les dentelures disparaissent, les cellules adhèrent intimement les unes aux autres. Ainsi se trouve formé dans le corps de Malpighi un réticulum à mailles plus ou moins larges, contenant des noyaux. A un degré plus avancé, ces mailles se rompent, d'où la formation de petites cavités remplies de globules de pus, d'abcès intra-épidermiques.

Enfin la réunion de ces petites cavités, avec persistance de la couche cornée de l'épiderme, constitue la pustule. Celle-ci renferme, indépendamment du pus et du liquide qui proviennent des papilles, de fins filaments fibrineux qui forment dans les mailles du réticulum épithélial un réticulum fibrineux beaucoup plus fin.

L'auteur se demande quelle est la nature de l'altération cellulaire spéciale qu'il a décrite. Il ne la croit pas comparable à l'altération vésiculeuse du noyau par dilatation du nucléole, altération décrite par Ranvier. Il ne pense pas qu'il s'agisse ni d'une dégénérescence grasseuse, ni d'une altération colloïde, ni d'une hydropisie des cellules. La nature précise de cette altération n'est pas bien déterminée, mais Leloir serait tenté d'en faire une sorte de dégénérescence fibrineuse ; elle appartient à la catégorie vague des dégénérescences fibrineuses de l'épithélium, d'au-

tant plus que cette lésion se rencontre aussi dans le processus qui aboutit à la formation des productions pseudo-membraneuses.

Ainsi que le démontre la prolifération des cellules épithéliales et de leurs noyaux, l'altération cellulaire décrite par Leloir est, du moins dans ses premières périodes, un phénomène irritatif. L'agent irritant peut être divers : dans les maladies virulentes (variole, syphilis, etc.), c'est le sang ou la lymphe venus des papilles du derme qui, pénétrant l'épiderme, y déterminent des phénomènes irritatifs semblables à ceux qu'on obtient par les moyens externes, huile de croton, vésicatoires, etc. ; dans d'autres maladies, l'irritation cellulaire est le fait d'altérations nerveuses ou de troubles vasculaires.

Quant aux globules de pus qui comblent les mailles du réticulum et remplissent plus tard les petits abcès intra-épidermiques et la pustule, ils reconnaissent sans doute une double origine : au début, ils peuvent naître par formation endogène dans les cellules épithéliales dont les noyaux prolifèrent ; dans la pustule, ils proviennent probablement en totalité du derme.

Indépendamment de ces recherches originales, on trouvera dans l'intéressant mémoire de Leloir un historique complet et détaillé de la question ; à ce double titre, il sera consulté avec fruit.

II

Deux opinions opposées règnent dans la science sur la structure des fausses membranes. Pour les uns, la fausse membrane est uniquement un *exsudat fibrineux* ; pour les autres, au contraire, la fausse membrane est uniquement un *produit de transformation épithéliale*. Cette dernière opinion est celle de Wagner et d'un grand nombre d'histologistes ; la première est toute classique depuis les travaux de Bretonneau et de Trouseau. Elles sont, d'après Leloir, trop exclusives l'une et l'autre.

Les recherches de l'auteur ont porté :

1° Sur des lésions cutanées et muqueuses diverses tendant à la formation de productions pseudo-membraneuses (plaques muqueuses diphthériques, chancres indurés recouverts d'une pseudo-membrane, pseudo-membranes d'angine herpétique, vésicatoires couenneux, etc.) ;

2° Sur des fausses membranes d'angines et de laryngites diphthériques ;

3° Sur des fausses membranes obtenues en irritant artificiellement, au moyen de l'ammoniaque, la muqueuse buccale, pharyngée, laryngo-trachéale d'un grand nombre d'animaux.

Les fausses membranes des muqueuses à épithélium stratifié ont été étudiées surtout par l'auteur qui, parmi ses conclusions, a établi ce fait bon à mettre en relief immédiatement, que toutes ces fausses mem-

branes, quelle que soit leur cause et la maladie qui leur a donné naissance, ont une structure identique, un mode d'évolution commun. L'examen comparatif des fausses membranes expérimentales et des fausses membranes diphthéritiques est la base de ce travail.

On peut distinguer cinq périodes dans l'évolution de la fausse membrane, périodes caractérisées à la fois par des modifications à l'œil nu, reconnaissables cliniquement et par des particularités histologiques qui permettent d'en saisir le processus.

Une première période est caractérisée microscopiquement par la *rougeur*. Cette rougeur correspond déjà, ainsi que l'auteur a pu s'en convaincre dans l'étude de la pseudo-membrane expérimentale, à certaines altérations des cellules qui se rapprochent de celles observées à la période papuleuse de l'évolution de la pustule. En effet, les cellules les plus superficielles présentent une zone claire, étroite, autour du noyau : c'est le début de l'altération cavitaire. En même temps, les cellules augmentent de volume, celles des couches profondes sont également tuméfiées et présentent une tendance manifeste à la prolifération. On observe, d'autre part, que les vaisseaux du derme sont gorgés de globules blancs, et l'on trouve dans le tissu conjonctif un assez grand nombre de globules blancs situés surtout autour des vaisseaux, et qui sont très probablement un produit de diapédèse.

À la rougeur succède une *plaque opaline* caractérisée histologiquement par une dégénérescence cavitaire plus avancée, qui aboutit à la formation d'un réticulum renfermant dans ses mailles de la fibrine et des globules de pus. En examinant la lésion à l'état frais par dissociation, on observe que les débris du réticulum, déchirés par la dissociation, présentent un aspect qui rappelle les cellules en corne de cerf décrites par Wagner, et qui ont fait dire à cet auteur que la fausse membrane est un produit de transformation épithéliale. À cette période aussi le derme est infiltré d'un grand nombre de globules blancs que l'on rencontre surtout autour des vaisseaux ; parfois il renferme aussi des globules rouges plus ou moins altérés.

Si la lésion en reste là, la pseudo-membrane se détache, un épithélium nouveau se forme sous elle, et une simple inflammation catarrhale se produit au niveau de la région malade : c'est l'angine catarrhale de Trousseau.

L'altération continuant au contraire à évoluer, aboutit à la formation de la *plaque blanche* ou *fausse membrane blanche, opaque*. Ici, le réticulum épithélial se détruit et se dissocie, envahi par les liquides et le pus venus du derme ; cet exsudat fibrino-purulent, de plus en plus abondant, vient constituer à la surface du réticulum désagrégé une couche fibrino-ourulente : c'est l'angine pseudo-membraneuse, de Trousseau.

A cette période, une fausse membrane présente donc une couche superficielle fibrino-purulente, une couche profonde constituée par le réticulum épithélial désagrégé, renfermant dans ses mailles de la fibrine coagulée et du pus.

A un degré plus avancé, on a la *fausse membrane gris-jaunâtre*. Ici le réticulum épithélial, de plus en plus désagrégé, n'existe plus que dans les parties profondes de la fausse membrane. Celle-ci est alors presque uniquement constituée par un exsudat fibrino-purulent, renfermant du mucus, des débris du réticulum épithélial primitif qu'il refoule vers la surface des cellules épithéliales granulo-graisseuses, et parfois des parasites et des globules rouges altérés.

Enfin, à sa dernière période, la fausse membrane est *jaune, pulpeuse, en train de se désagréger*. Cette altération de la fausse membrane est la conséquence, soit d'une dégénérescence granulo-graisseuse de ses éléments, soit d'une sécrétion muco-purulente qui, se faisant sous elle, rompt les tractus épithéliaux qui la réunissent au derme et finit par la détacher. Dans les cas heureux et bénins, la lésion en reste là, et tout rentre dans l'ordre; dans les cas graves, il se fait de nouveaux exsudats fibrino-purulents; à peine enlevés, les fausses membranes se reforment avec une rapidité excessive, sans que l'on puisse suivre leurs différentes périodes d'évolution. Enfin, on peut observer une véritable nécrose du derme par suite de la compression des vaisseaux par les globules blancs et l'exsudat fibrineux qui les entourent; cette nécrose a pour conséquence l'ulcération et la gangrène, terminaisons heureusement exceptionnelles.

En résumé, la fausse membrane, d'origine purement épithéliale au début, devient plus tard une fausse membrane mixte (épithéliale et fibrino-purulente), puis presque uniquement une fausse membrane fibrino-purulente, indiquant une lésion d'autant plus avancée que le réticulum épithélial est plus altéré. Les auteurs ont donc été trop exclusifs en admettant uniquement soit la théorie exsudative, soit la théorie épithéliale, comme mode de déformation de la fausse membrane.

Un fait important qui se dégage des recherches de Leloir, c'est la banalité de la fausse membrane et l'impossibilité de résoudre par le microscope le diagnostic entre la pseudo-membrane diphthéritique et la fausse membrane herpétique, par exemple. La structure et le mode d'évolution sont les mêmes dans les différents cas.

Enfin, comme conclusion de son travail, l'auteur fait un rapprochement intéressant entre le processus de la vésiculation et de la pustulation, et celui de la fausse membrane. Le processus est le même dans les deux cas et se résume en deux altérations fondamentales: l'altération cavitaire des cellules épithéliales, qui aboutit à la formation d'un réticulum épithélial; l'exsudat fibrino-purulent venant du derme, qui désagrège et

détruit le réticulum. Toute la différence réside dans la persistance de la couche cornée qui forme une barrière à l'exsudat dans la pustule. On pourrait donc théoriquement comparer une petite pseudo-membrane à sa troisième période, à une vésico-pustule dont on aurait enlevé la couche cornée. Dans les deux cas, l'altération est d'origine irritative, que l'agent irritant soit externe ou interne. La persistance de la cause irritante, la virulence du sang et de la lymphe, explique peut-être pourquoi dans les diphthéries toxiques les fausses membranes ne cessent de se reformer, tandis qu'elles se désagrègent pour ne plus reparaitre dans d'autres états morbides passagers ou à la suite des irritations externes par l'ammóniaque.

P. MERKLEN.

SYPHILIGRAPHIE.

SYPHILIS INFANTILE. — LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET LE RACHITISME. — LA SYPHILIS DESQUAMATIVE DE LA LANGUE.

Leçon de M. le professeur **J. Parrot** recueillie par le Dr **Cossy**, chef de clinique. (*Progrès médical*, n° 11, 12 mars 1881.)

Messieurs,

I. Ces conférences du dimanche sont la suite de celles que j'avais commencées l'année dernière (1), et qu'une maladie m'obligea d'interrompre brusquement. En les reprenant, je ne fais que poursuivre le but que je m'étais proposé, et qui est de vous prouver que le rachitisme descend en ligne directe de la syphilis héréditaire. Je vous le disais dès notre premier entretien, et je vous le répète aujourd'hui : cette démonstration ne peut être donnée, que lorsque le diagnostic de la syphilis aura été établi sur une base solide et large. Je dois donc préalablement vous apprendre à reconnaître cette maladie, sous toutes ses formes, toutes ses variétés, et à toutes les périodes de la vie de ceux qu'elle aura atteints. Par là, je serai conduit à modifier d'une manière assez notable les limites de son domaine. Je l'amoindrirai sur quelques points; mais je l'élargirai considérablement sur d'autres, en lui attribuant un certain nombre d'affections, dont jusqu'ici l'on avait méconnu l'origine.

Je m'efforce depuis longtemps à cette œuvre d'équité; et bien qu'elle soit encore imparfaite, je crois devoir vous la faire connaître, ne fût-ce qu'à titre d'essai. Mais, laissez-moi préalablement vous dire la méthode que j'ai suivie; cela est indispensable à votre édification.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 32, 34 et 38 de 1880.

En clinique, lorsque les premiers faits d'un mal, encore inconnu, se présentent à notre observation, leurs points de contact nous échappent souvent, nous distinguons malaisément leurs relations étiologiques; et si, comme il advient souvent, ces faits sont rares, s'ils n'apparaissent qu'à des intervalles éloignés, si l'esprit n'est pas constamment animé par quelque nouvel exemple de la sorte, et n'est pas mis dans cet état de clairvoyance qui, fécondant les moindres indices, mène à une découverte; il peut arriver que la lumière ne se fasse pas et que l'on ne tire aucun parti des matériaux accumulés.

De là, pour l'observation médicale, l'importance du milieu où elle se fait. Il faut que, par leur retour incessant, par leur grand nombre, par la variété de leur physionomie, les cas d'une même espèce pathologique fassent naître la conviction et la forcent. C'est quand on a vu passer sous ses yeux tous les degrés, toutes les nuances, toutes les modalités d'un même mal; c'est quand on a pu remonter jusqu'à sa source, apercevoir toutes ses conséquences, que l'on est suffisamment informé pour en faire l'histoire.

Dans le milieu où vous êtes aujourd'hui avec moi, où je suis depuis longtemps, la syphilis héréditaire abonde; j'ai donc pu l'y étudier. Comment l'ai-je fait?

Je ne pouvais ni ne devais refaire son histoire tout entière, car, depuis longtemps déjà, les affections cutanées et viscérales qui en dépendent sont bien connues; et, aujourd'hui, on les diagnostique à peu près sûrement. Ce résultat a été acquis par la connaissance exacte de la santé des générateurs; par la certitude qu'ils étaient syphilitiques.

J'ai accepté ces notions, sanctionnées par une longue expérience; et j'en ai fait ma base d'opérations, je les ai prises comme point de départ pour une marche en avant.

Tenant pour syphilitiques tous les enfants qui présentaient une des lésions sus-indiquées, j'ai étudié leur squelette, et j'ai vu que presque toujours, 98 fois sur 100, au moins une ou plusieurs de ses pièces présentaient des altérations du même ordre et souvent identiques, chez les sujets du même âge. J'en ai tiré cette conclusion, que les os ainsi altérés, l'étaient du fait de la syphilis héréditaire. Elle me semble inattaquable; et l'on n'en peut formuler de plus légitime en pathologie. Je ne formule pas d'exception pour deux cas dans lesquels la lésion osseuse faisait défaut; car l'on peut admettre et l'on doit admettre que, chez ces malades, la syphilis n'a porté son action que sur le système cutané ou les viscères. Pour diagnostiquer une pneumonie, exige-t-on tout à la fois, le frisson initial, l'hyperthermie, le point de côté, les crachats rouillés, le souffle tubaire et la bronchophonie. Non, l'on ne demande pas cette accumulation de preuves, l'expérience ayant appris que l'existence de la maladie est suffisamment assurée par deux ou trois, et même par un seul de ces symptômes. Il ne faut pas être plus exigeant pour la syphilis que pour la pneumonie, et vouloir que dans quelques cas, d'ailleurs fort rares, il ne lui suffise pas d'un signe pour se faire reconnaître.

Les lésions osseuses se trouvent avoir ainsi, au point de vue du diagnostic, la même valeur que les syphilides cutanées; et lorsqu'une affection, quelle qu'elle soit, coïncidera habituellement avec elles ou avec ces dernières, ce qui est tout un, on pourra dire qu'elle est sous la dépendance de la syphilis héréditaire.

En suivant cette méthode rigoureuse, et contre laquelle je ne crois pas que l'on puisse élever une objection digne d'être réfutée, je n'hésite pas à diagnostiquer la maladie chez les enfants, bien que des renseignements pré-

cis sur la santé des générateurs me fassent complètement défaut. Dans cette maison (les *Enfants trouvés*) où les parents nous restent si souvent inconnus, il me fallait suivre cette voie détournée. Elle est d'ailleurs tout aussi sûre que la route directe, et même d'une manière aussi certaine au but; mais il fallait la tracer et la rendre praticable: je m'y suis efforcé et c'est une peine que je ne regrette pas; car toutes les fois qu'il m'a été donné de contrôler les résultats obtenus de la sorte, en remontant jusqu'à la source paternelle ou maternelle des accidents observés sur les enfants, j'ai constaté qu'ils étaient bons. J'ai ainsi, en plus d'une circonstance, découvert chez les générateurs l'existence d'une syphilis ignorée jusque-là. Ils ont pu être immédiatement traités et préservés d'accidents ultérieurs.

II. Grâce à la méthode que je viens de vous exposer brièvement, j'ai pu rattacher à la syphilis héréditaire une affection de la langue, dont la véritable origine avait été jusqu'ici complètement méconnue.

Elle a été décrite pour la première fois, en 1872, dans la thèse inaugurale de M. Bridou (*Sur une affection innommée de la muqueuse linguale*. Etat lichénoïde de M. Gubler). C'est un travail auquel il ne manque, pour être complet, qu'un chapitre d'anatomie pathologique, et une étiologie mieux étudiée. L'altération, d'après l'auteur, aurait été signalée pour la première fois en 1854 par un médecin allemand, Santlus de Hadamar. Gubler, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (art. *Bouche*) en a parlé sous la dénomination d'état lichénoïde de la langue; M. Bergeron l'a mentionnée dans un rapport oral, fait à la Société médicale des hôpitaux en 1864; enfin, M. Bridou a puisé sur elle, auprès de MM. Barthez et Lailler, quelques renseignements qu'il a mis à profit dans sa dissertation.

Très rarement l'on peut observer le début du mal; mais cela est sans importance, car il procède par poussées successives; et les mêmes symptômes se reproduisent chaque fois, dans le même ordre et avec la même physiologie.

À la pointe de la langue ou sur les bords, on voit apparaître une tache d'un demi-millimètre à un millimètre de diamètre, blanche, arrondie, au niveau de laquelle l'épithélium est plus épais et plus blanc qu'à l'état normal. Puis, très rapidement, en 24 ou 36 heures, à la place de ce disque laiteux, se montre un anneau blanc circonscrivant une surface rouge, qui est le centre de la tache, dont l'épithélium est tombé et où l'on voit les papilles. À partir de ce moment, l'affection s'étend avec une rapidité surprenante, soit vers la région postérieure, soit vers le centre de la langue. Les cercles se transforment bientôt en croissants ou en lignes courbes irrégulières, dont l'ouverture ou la concavité est presque invariablement antérieure. Cette modification dans la forme du mal est due tantôt à son développement au voisinage des bords qui arrêtent sa marche excentrique, et rompent les zones épithéliales, car la face inférieure n'est que très rarement envahie; tantôt à la rencontre de plusieurs cercles et à leur inoculation. Dans ce dernier cas, les surfaces récemment desquamées sont limitées par de véritables festons.

Chaque circonscription malade présente quelques particularités qui méritent d'être signalées. Tout à fait à la périphérie et la bordant, au moins dans une partie de son étendue, on voit une zone d'un blanc mat, qui tranche nettement par sa couleur et sa saillie, sur la portion de l'organe qui n'a pas encore été envahie; mais bien plus encore, sur celle qui vient de l'être. Cette zone peut avoir de un à deux millimètres de large et un relief d'un demi-millimètre au moins, quand on l'examine du côté de la surface desquamée.

Celle-ci n'est pas identique dans tous ses points. Tout près de la zone épithéliale, c'est-à-dire là où elle est la plus récente, elle est très lisse et d'un rouge vif. Plus en dehors et en avant, cette apparence, bien qu'elle soit encore très manifeste, s'atténue, et les parties primitivement atteintes, reprennent peu à peu leur physionomie primitive.

Quelles que soient la rapidité et l'activité de l'affection, il est bien rare que la surface tout entière de la langue soit desquamée par une de ces atteintes partielles; presque toujours il reste, en arrière et au centre, quelques points qui ne sont pas touchés. Mais, souvent aussi, avant que l'une d'elles ait terminé sa marche, une autre se manifeste qui prend la même direction qu'elle; et de la sorte, il m'est arrivé, comme à M. Bridou, de voir en même temps trois séries de zones desquamatives s'étendre progressivement de la pointe vers la région postérieure de l'organe, comparables à ces ondulations successives qui rident concentriquement une surface liquide, quand des chocs répétés atteignent l'un de ses points.

La durée de l'affection, considérée dans son ensemble ou dans chacune de ses atteintes, est difficile à déterminer. Ces dernières dépassent rarement cinq ou six jours. Elle peut sommeiller durant quelques mois, peut-être même plusieurs années; pour se montrer de nouveau pendant une nouvelle période d'activité; et sous des influences que jusqu'ici, il m'a été impossible de découvrir.

Le diagnostic se trouve simplifié par cette considération que le mal appartient essentiellement à l'enfance. Cependant, je ne voudrais pas nier qu'elle n'existe chez l'adulte. Sa physionomie est si particulière, si typique, quelle que soit la période où on l'observe, qu'après en avoir attentivement examiné deux ou trois cas, il n'est pas possible de la méconnaître lorsqu'elle se présente de nouveau. L'on ne peut oublier sa marche constante, sa morphologie si mobile tout en conservant ses caractères propres. — Comment, après cela, confondre cet état de la langue avec celui que produisent certaines pyrexies, surtout la scarlatine. Dans cette maladie, vous le savez, elle se dépouille de son épithélium très rapidement et sur toute sa surface. Elle est d'un rouge si vif, si intense, qu'on la croirait sur le point de saigner au moindre contact. Le muguet provoque aussi la desquamation de la muqueuse linguale, mais très irrégulièrement, et rien ne ressemble moins aux zones épithéliales que je vous ai fait connaître que les petits amas ou les larges plaques blanchâtres de la mucédinée. D'ailleurs, l'examen microscopique le plus rapide fera toujours reconnaître les spores et les tubes du parasite. Les aphtes déterminent non une simple desquamation, mais un véritable ulcère, qui s'étend rarement au delà de ses limites premières. Je ne m'attarderai pas plus longtemps à ce diagnostic. Je ne crois pas, en effet, qu'il soit utile de comparer, à l'exemple de M. Bridou, l'affection qui nous occupe, avec le pityriasis, le lichen, le psoriasis, les plaques opalines syphilitiques, et les plaques de la langue des fumeurs. Ces éruptions, d'ailleurs très mal définies dans leurs caractères, et sur lesquelles les auteurs sont loin de s'entendre, ne se rencontrent jamais chez les enfants.

L'anatomie pathologique de l'affection desquamative de la langue n'a pas encore été faite. M. Renaut, professeur à la Faculté de Lyon, en examinant le produit du raclage d'un feston de langue d'un des malades observés par M. Bridou, y trouva en grand nombre des cellules épithéliales libres ou soudées, des spores, de la mucine coagulée et une très grande quantité de cellules embryonnaires. Mais cet examen de l'épithélium ne peut renseigner ni

sur le siège de la lésion, ni sur sa nature; et il est bien inférieur à l'étude de la langue, faite sur des coupes, comme celles que j'ai examinées avec le concours de M. H. Martin, chef de mon laboratoire. Chez trois sujets, il nous a été donné de constater, à quelques nuances près, les mêmes particularités. Sur les coupes, pratiquées perpendiculairement à la surface linguale, il est aisé de voir qu'au niveau des points malades, l'épithélium est tuméfié et plus épais. Les cellules de la couche cornée ont augmenté de volume ainsi que celles du corps de Malpighi, qui est, en outre le siège d'une prolifération cellulaire plus active. Enfin, et j'appelle tout particulièrement votre attention sur ce point: on constate dans les papilles et dans les portions sous-jacentes du derme autour des vaisseaux, un grand nombre de corpuscules lymphoïdes, disséminés ou en groupes plus ou moins compacts. J'estime que le derme est le siège principal et primitif de l'affection, et que les manifestations superficielles, les seules apparentes durant la vie, sont d'ordre tout à fait secondaire et consécutives.

J'arrive à la nature de l'affection qui est notre objectif. MM. Barthez et Guibler avaient pensé qu'elle était parasitaire. M. Bridou admet que la cause première est un état de débilité particulière coïncidant avec des troubles digestifs. Je repousse également ces deux opinions. La première, parce qu'elle est une pure hypothèse, émise d'ailleurs par ceux qui l'ont proposée d'une manière très dubitative; la seconde, parce qu'un grand nombre d'enfants que j'ai observés et qui étaient atteints de ce mal, jouissaient d'ailleurs d'une santé irréprochable. Il me semble qu'une affection aussi typique dans ses caractères et dans sa marche, doit reconnaître une cause unique, toujours la même, véritablement spécifique. Quelle est-elle? Laissons parler les faits. J'ai pris au hasard dans mes notes 31 cas d'affection desquamative, et dans 28, les enfants portaient des marques incontestables de la syphilis héréditaire. Cela me suffit pour la caractériser, et je dis qu'elle constitue elle-même une manifestation syphilitique; et que la qualification de syphilis desquamative de la langue, que je propose, est suffisamment justifiée.

A quels âges l'observe-t-on le plus fréquemment. A ce point de vue, mes 31 cas se répartissent de la manière suivante :

De 1 à 6 mois.....	6 cas.
De 6 mois à 1 an....	9 —
De 1 à 2 ans.....	7 —
De 2 à 3 ans.....	3 —
De 3 à 4 ans.....	2 —
De 4 à 5 ans.....	3 —
De 5 à 6 ans.....	1 —

Vous le voyez, ces chiffres sont en faveur de l'étiologie que je considère comme la vraie. Ils nous disent, en effet, que l'affection est infiniment plus fréquente de 6 mois à 3 ans, que de 3 à 6 ans; or, la syphilis héréditaire est surtout active durant les trois premières années de la vie. Constitue-t-elle un phénomène isolé et sans analogue parmi les manifestations de la syphilis héréditaire? Loin de le penser, j'estime que, sans forcer les analogies, on peut la rapprocher de la syphilide en plaques de la peau, qui, elle aussi, a une tendance à la marche excentrique, se desquame, se manifeste parfois sous forme de poussées successives; et est histologiquement caractérisée par des lésions

du derme cutané et de l'épiderme, à peu près identiques à celles qui caractérisent la syphilis linguale.

Pourquoi, dans toute la cavité buccale, la langue est-elle seule atteinte? Sans doute, à cause de sa richesse en nerfs et en vaisseaux, et de sa très grande activité; toutes conditions qui appellent sur les organes qui les remplissent les manifestations diathésiques. Je considère cette affection de la langue, comme ne pouvant se transmettre par contact. Il n'y a là, en effet, ni érosion ni suintement; et la plupart des sujets qui en sont atteints, ont passé l'âge où la maladie est contagieuse.

Du pronostic et des moyens curatifs, je n'ai rien à vous dire. Le premier est sans la moindre gravité. Et il n'y a pas lieu d'instituer un traitement contre une affection qui ne fait pas souffrir les malades, et n'est pour eux la cause d'aucun préjudice. D'ailleurs, pour intervenir d'une manière efficace, ce n'est pas à l'état local que l'on devra s'adresser, mais à la maladie elle-même, dont celui-ci n'est qu'une des nombreuses manifestations.

NOTE SUR LA CONTINGENCE DES RÉSULTATS DE L'EXCISION CHANCREUSE; PAR... L'ANONYME DU PARASITAT (1). Lyon médical n° 27, février 1881.

Une étourdissante nouvelle nous arrivait, ces temps derniers, de l'Allemagne: « On prévient la vérole, ou du moins on coupe court à ses effets ultérieurs, en excisant sa lésion primitive, le chancre induré! »

C'était beaucoup déjà. Mais ce qui est plus fort, c'est que « on a réussi, en agissant ainsi, alors que le chancre datait de quinze ou vingt jours, alors même qu'existait manifeste l'induration ganglionnaire spécifique ».

Or, ceci émanait d'observateurs notoirement compétents. Et quant à leur véracité, jugez-en par ce fait que tous, Auspitz, Unna, Kölliker, Folinea, Chadzinski avouent que, entre leurs mains, « l'effet prophylactique a tantôt éclaté, tantôt manqué, sans que les cas d'insuccès puissent être expliqués par le retard apporté à l'excision. »

— Eh quoi! dans des conditions aussi égales que possible, le même acte opératoire serait variable à ce point! Tantôt il réussit, tantôt il échoue!... C'était un peu nouveau pour des oreilles françaises. Comment! Armés de faits négatifs qui défient toute objection, appuyés sur une doctrine non moins irréfutable, qui leur enseigne l'impossibilité de pareils succès, nos maîtres syphiligraphes français n'osent pas dire à ces Germains: « Je ne vous crois que lorsque vous confessez des revers! » Et tout en s'avouant impuissant à expliquer les succès (2), on expérimente chez nous de toutes parts, au mépris du

(1) Nos lecteurs n'auront pas de peine à reconnaître, au style de l'article que nous reproduisons, et à son lieu de provenance le nom de l'auteur qui se cache sous le voile transparent de l'anonyme du Parasitat. (N. de la R.)

(2) N'est-ce pas montrer cette impuissance que contester, comme on vient de le faire, la réalité de la préservation obtenue, en disant, soit que « au moment où on l'a constatée, elle ne datait que de quatre mois. » (Que de l...) — soit en alléguant

dogme sacro-saint qui prétend nous interdire, en pareille conjoncture, même d'espérer!

Comme tout le monde, en présence de ces statistiques déconcertantes, j'ai cherché ma voie; je me suis demandé: « Quelle attitude y a-t-il lieu de prendre? » — Après quelque hésitation, je me crois sur le bon chemin.

Lorsque des faits démentent une théorie, si les faits sont reconnus exacts, il n'y a pas à balancer: il faut s'en prendre à la théorie.

Mais, dans l'espèce, cette théorie ne peut-on pas se borner à la modifier sans la renverser? La changer, sans en changer?... C'est ce qu'il m'a semblé, et c'est ce que je veux faire comprendre.

« Dès que le chancre a paru, la vérole est dans le sang: impossible de la prévenir! » Voilà ce que disent nos maîtres en dualisme.

Je suis dualiste, moi. Je le fus des premiers (1), et ce langage a été, serait encore le mien. Mais distinguons:

D'abord, l'imprégnation syphilitique n'est pas, à la même date (comptée à partir du début du chancre), égale en intensité chez tous les sujets. Et elle n'est pas non plus égale chez un même sujet, aux diverses périodes qui se succèdent à partir du début du chancre.

En second lieu, qu'on lui oppose, soit les spécifiques, soit l'hygiène, soit la simple expectation, la vérole *confirmée, secondaire* guérit: cela ne fait pas un doute. Et de ce qu'elle a cessé, personne n'en conclut qu'elle n'a pas existé.

Eh bien! pourquoi n'en serait-il pas de même de la vérole primitive? Pourquoi, traitée à une certaine période, chez certains sujets, par un *certain remède*, cette vérole-là ne s'éteindrait-elle pas, — et sans qu'on fût par là autorisé à dire ensuite qu'elle n'a pas existé?

Or, pour concevoir l'efficacité que ce remède-là possède dans certaines conditions, faisons une supposition. Supposons, — il y a des hypothèses plus hasardées, — la nature parasitaire de la syphilis.

Le parasite est un être perceptible: on connaît ses lois d'origine, de migration, de développement, de multiplication ainsi que de léthalité. Ce n'est plus le classique et fabuleux *virus*, dont un atome, professait-on, est aussi

que le chancreux « a bien pu prendre du mercure en cachette. » (*Et quand même!*...) — soit en supposant qu'il ne s'agissait peut-être que d'un chancre non primitif, mais secondaire (chancre de Fournier)... comme si l'absence d'adénopathie, caractère de cette sorte d'ulcère, n'eût pas révélé sa nature aux cliniciens consommés qui ont porté le diagnostic de *chancre primitif*.

(1) Même avant Ricord, surtout avant Ricord, que M. Leloir nous donne comme « ayant émis, en 1867, son immortelle théorie de la dualité du virus chancreux. » *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, année 1881, p. 78.) Ricord chef de l'école dualiste! Et cette école datant de 1867!! Diable! Bassereau et Clere se croyaient bien possesseurs, et paisibles possesseurs de leur découverte, — à l'abri surtout de revendications au nom de Ricord, en lisant cette déclaration, signée en 1858, par Ricord: « La dualité du virus chancreux n'est encore qu'une hypothèse que l'avenir jugera. » (*Leçons sur le chancre*, p. 228). Mais avouez, malgré tout, qu'ils ont été bien avisés d'éditer leur œuvre, l'un en 1852, l'autre en 1855. Sans cela, on les accuserait peut-être aujourd'hui, moins implicitement, dans le seul journal spécial de Paris, d'être les plagiaires de leur maître, leur maître le plus surpris de tous sans doute de l'hommage qu'on lui rend aujourd'hui! (*)

(*) M. Leloir s'empresse de s'accuser de son lapsus, et de reconnaître le bien fondé de cette boutade rectificative. (N. de la R.)

délétère qu'une tonne; — dogme toutefois légèrement atteint et convaincu de paradoxe depuis qu'on sait, à n'en pas douter, les vaccinés beaucoup mieux préservés par six que par deux piqûres, contre les atteintes de la variole.

Le parasite de la vérole, — appelons-le *syphilobe*, — est donc entré dans l'organisme; et l'on y suit, de l'œil et du doigt, son progrès avec une précision, une facilité parfaites. Pourquoi s'enquérir s'il pénètre par le système sanguin ou par le système lymphatique? Pourquoi demander s'il a d'abord envahi la constitution, pour revenir ensuite évoluer à son premier lieu d'entrée? Ne le voyez-vous pas? Ne voyez-vous pas, — et invariablement chez tous les sujets, et invariablement dans le même ordre, — se former d'abord autour de la porte d'entrée, peu après dans les ganglions correspondants, ces foyers, ces amas, ces véritables *nids à syphilobes*, où le parasite va s'établir, habiter, puis tôt ou tard se multiplier selon que l'état de l'organisme favorisera sa prolifération? Je lisais hier, dans un journal politique, l'histoire naturelle — mise à la portée de tous, — d'un autre parasite actuellement populaire, de la trichine, et je n'ai qu'à répéter pour mes *syphilobes* ce qui est aujourd'hui de notion vulgaire pour les larves de la trichine. Retenons du parallèle que les uns comme les autres choisissent le système organique le mieux fait pour leur servir d'habitable; que les uns comme les autres ont une vie et une force de multiplication variable selon la santé, la résistance vitale de l'être qu'ils ont envahi; enfin que leur développement est progressif, et que leur influence nocive sur l'être envahi est, par conséquent, de plus en plus forte, à mesure que l'on s'éloigne du moment où ils sont entrés dans cet être.

Eh bien! que fait l'excision du chancre, ou pour parler plus exactement, de l'aire chancreuse? Elle supprime une légion de ces petits ennemis. Et si elle les supprime avant qu'ils n'aient *pondu*, ou avant que leurs *petits* ne se soient trop éloignés du *nid*, elle emporte, avec la seule *couvée*, toute la cause du mal, et la préservation est d'emblée réalisée complète.

Opère-t-on dans d'autres conditions? On manque le but.

Peut-être, cependant, ne le manque-t-on ni aussi constamment, ni aussi complètement dans ce second cas qu'on l'avait atteint dans le premier. Peut-être les forces de l'organisme, les médicaments spécifiques, l'action de quelques influences hygiéniques peuvent-elles, une fois le foyer principal supprimé, avoir raison de quelques enfants perdus, de quelques syphilobes isolés. Mais ceci nous entraînerait trop loin, et je m'arrête satisfait d'avoir pu concilier l'immortel dogme du dualisme avec les succès de l'excision chancreuse; d'avoir expliqué comment ces succès, même balancés par quelques échecs avérés, méritent créance même de ceux de nos collègues qui croient, et avec toute raison, que dès avant l'apparition du chancre, le principe syphilitique est déjà dans la constitution.

DE L'EXCISION DU CHANCRE SYPHILITIQUE, par M. le docteur CH. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. (*Gazette des hôpitaux*.)

Après avoir fait l'historique de la question en quelques mots, l'auteur cite sept observations personnelles d'excision de chancres syphilitiques.

Nous ne chercherons pas à analyser cet historique que notre ami Leloir a traité si complètement dans le dernier fascicule des *Annales* ; nous reproduirons seulement le sommaire de chacune des observations.

I. — Excision d'un chancre syphilitique pratiquée quatre jours après son apparition. — Induration de la cicatrice. — Insuccès. — Accidents consécutifs. (L'excision fut faite avant qu'il existât de l'adénopathie inguinale).

II. — Excision d'un chancre syphilitique pratiquée dix jours après son apparition. — Adénopathie. — Insuccès. — Accidents consécutifs.

III. — Excision d'un chancre syphilitique au neuvième jour. Induration de la cicatrice et processus lympho-adénopathique très prononcé. Insuccès. Accidents consécutifs.

IV. — Excision d'un chancre syphilitique au seizième ou dix-huitième jour. — Insuccès. — Accidents consécutifs.

V. — Ablation par circoncision d'un chancre syphilitique vers le quinzième jour de sa durée. — Insuccès. — Accidents consécutifs.

VI. — Excision d'un chancre syphilitique le dixième jour. — Insuccès. — Accidents consécutifs.

VII. — Excision d'un chancre syphilitique *cinquante heures* après son début. — Insuccès. — Accidents consécutifs.

Ce dernier cas est très remarquable. Nous en possédons un à peu près semblable, à quelques heures près, dont nous ferons connaître prochainement les résultats définitifs. Ces cas accumulés finiront par faire les pièces du procès de l'excision préventive.

G.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHANCRE INFECTANT DU VAGIN, par M. BINET, interne à l'hôpital de Lourcine (*France médicale*).

L'auteur rappelle la rareté du chancre du vagin et cite à ce propos les statistiques de Ricord, Lancereaux, Cullerier, M. Robert, Fournier, Martin, Carrier, Jullien, ainsi que celle de M. Martineau, son maître, puis il expose deux observations de chancres du vagin qu'il a observés à Lourcine.

Dans la première observation dont le sujet est une femme de 18 ans, le chancre siège sur la paroi vaginale droite à l'union du segment moyen avec le segment supérieur et affecte la forme d'une érosion déprimée, arrondie, nettement circonscrite, non douloureuse, son fond est rouge luisant, grand comme une pièce de 50 centimes, bref il offre tous les caractères du chancre induré. Il est situé au niveau de la

lèvre inférieure du museau de tanche. Accidents consécutifs. Pas traces de chancres ailleurs.

La deuxième observation a trait à une jeune femme de 19 ans, affectée de plaques muqueuses naissantes. Le chancre est situé derrière l'anneau vulvaire, sur la colonne postérieure du vagin, immédiatement au delà de l'hymen. Il présente des caractères objectifs très nets.

Le chancre du vagin peut donc exister, mais s'il est si rare à quoi cela tient-il ? Si on étudie la structure de l'organe, la connaissance de sa texture anatomique explique aisément cette particularité et fait vite abandonner l'idée d'une immunité spéciale au vagin. Cette région est recouverte de couches épithéliales épaisses qui s'opposent à la déchirure de la muqueuse sous l'influence du frottement. M. Cornil fait remarquer encore, qu'il n'existe pas de glandes dans la paroi vaginale. Il faut la présence d'une solution de continuité antérieure pour que l'inoculation ait lieu. Cette solution de continuité peut exister par le fait de l'introduction d'un corps étranger, d'un coup d'ongle ou d'un herpès vaginal ; les érosions de la vaginite peuvent également favoriser l'absorption du virus.

Nous pensons que si le chancre vaginal n'est pas observé plus souvent, cela tient à ce que dans cet endroit il ne cause aucune gêne et qu'il est guéri quand les malades se présentent à notre observation. Il arrive souvent, en effet, de ne pouvoir trouver aucune trace de chancre chez des femmes qui ont des plaques muqueuses depuis très peu de temps. Il est probable qu'il s'agit de chancre du vagin guéri ou en voie de guérison, au moins dans un certain nombre de cas.

G.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MANIFESTATIONS TARDIVES DE LA SYPHILIS CHEZ LES VIEILLARDS, par MM. F. TERRIER ET LUC (*Revue mensuelle de chirurgie*, février 1881.)

La syphilis chez les vieillards se manifeste tantôt par des accidents tardifs quand elle a été contractée dans la jeunesse, tantôt par les accidents primitifs lorsqu'elle a été acquise plus tard. Sigmund (de Vienne) a étudié ces derniers ; le travail de MM. Terrier et Luc a surtout pour objet l'étude des accidents tardifs qu'ils ont été à même d'observer, à la Salpêtrière, sur des vieilles femmes.

Ces lésions, par rapport à ce qu'elles sont chez l'adulte, ont un aspect insolite. Il s'agit le plus souvent de gommès de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Cependant, dans une observation se trouve relatée

une gomme du sterno-mastoïdien, et plusieurs cas de gommès des os sont également notés, ainsi que quelques lésions oculaires qui peuvent être aussi mises sur le compte du mauvais état général des malades.

Les auteurs prennent le soin de nous avertir que l'origine syphilitique des lésions n'a pas toujours été facile à établir. C'est surtout la coïncidence ou la succession des manifestations morbides qui a servi à en reconnaître la nature. En effet, chez les vieillards, il ne faut pas compter sur le traitement spécifique pour démontrer la nature syphilitique des lésions suspectes. MM. Terrier et Luc en ont fait l'épreuve pour les lésions tardives de la syphilis, comme Sigmund l'avait remarqué en traitant des accidents primitifs et secondaires chez des malades de même catégorie.

La plupart des malades observées présentaient ces accidents vingt à trente ans après la période sexuelle et n'avaient jamais suivi de traitement.

Les gommès du tissu cellulaire et de la peau sont les accidents syphilitiques tardifs les plus fréquents. Elles apparaissent sans cause locale appréciable sous forme de tumeurs dures arrondies; au bout de quelques semaines, elles adhèrent à la peau qui prend une teinte violacée. La tumeur se ramollit, devient fluctuante du centre à la périphérie. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que l'on assiste à l'ulcération des téguments. Le pus qui s'écoule alors, est épais, visqueux, colloïde; après quelques jours il devient séreux et contient parfois des masses filamenteuses de tissu cellulaire mortifié. Après l'ulcération de la peau, c'est quelquefois une masse blanchâtre qui fait saillie, véritable bourbillon qui met plusieurs mois à s'éliminer. La cicatrisation est longue à s'opérer, des trajets fistuleux persistent souvent. Les cicatrices présentent des caractères tout spéciaux. Les téguments qui les recouvrent sont très pigmentés, déprimés en entonnoir adhérent par son sommet aux tissus sous-jacents. Il existe dans quelques cas des plis radiés et l'infundibulum peut contenir des croûtes épaisses et colorées en brun. Ces tumeurs n'affectent ordinairement aucun rapport avec les ganglions lymphatiques. Les auteurs publient trois observations de ces gommès cutanées siégeant dans les régions sus-sternales, des membres inférieurs, de l'avant-bras et sous-claviculaire. Une gomme musculaire suppurée a donné également lieu à une observation. Elle siégeait dans le sterno-mastoïdien droit chez une femme qui présentait encore de l'ecthyma des jambes et une kératite ulcéreuse. Contrairement aux autres cas, celui-ci s'est très rapidement amélioré par le traitement; il est vrai, comme le font remarquer MM. Terrier et Luc que cette femme était relativement jeune comparée aux autres malades âgées de 71, 76 et 79 ans: « elle n'avait que 64 ans. »

Les altérations osseuses ne sont pas moins intéressantes; dans un pre-

mier degré la lésion semble consister en une ostéite à forme condensante, donnant lieu à des exostoses et causant des douleurs ostéocopes. Leur processus ultérieur est tout à fait caractéristique de la gomme osseuse. Elles présentent une marche continue, mais extrêmement lente, rebelle à tout traitement au moins à une certaine période de leur évolution et elles laissent des lésions osseuses profondes.

Ces lésions siègent surtout sur les os du crâne qui sont érodés et même perforés, et sur les os longs (humérus, cubitus, radius, tibia). En résumé, elles peuvent être ramenées à deux types absolument différents : épaississements et productions osseuses nouvelles (exostoses), d'une part ; et d'autre part raréfaction de tissu, pertes de substance. Cette raréfaction sur certains os constitue de véritables cavernes entourées de coques fragiles et minces et présentant une ouverture par laquelle se sont éliminés à travers les téguments les produits de l'altération. Certaines cavités s'ouvrent dans le canal médullaire. Leurs parois sont irrégulières, anfractueuses ; leur cavité renferme des sequestres spongieux, légers, isolés ou adhérents ; d'autres cavernes sont totalement vides. En ce qui concerne les lésions crâniennes, le musée de la Salpêtrière contient des pièces où l'on voit des lésions identiques à celles qu'ont trouvées MM. Terrier et Luc.

Chez une des malades observées par ces auteurs, les téguments, au niveau des tumeurs, étaient sains mais peu mobiles. Un bourrelet osseux très nettement accentué, assez régulièrement arrondi et offrant quelques irrégularités au toucher existait autour de ces tumeurs molles, élastiques, et demi-fluctuantes. La peau était amincie et privée d'épiderme, mais l'ulcération se faisait toujours tardivement.

En même temps que ces gommès, les malades, dans un certain nombre de cas, ont présenté des manifestations cutanées variées, des syphilides squameuses, tuberculeuses, crustacées et ulcéreuses. Ces lésions ne s'accompagnaient d'aucune douleur ni démangeaison, sauf dans un cas où des plaques ulcérées sont devenues très douloureuses à plusieurs reprises ; ce qui nécessita un pansement spécial. Elles avaient une teinte cuivrée caractéristique qui persistait après la chute des croûtes.

Sigmund (de Vienne), entend par syphilis acquise dans un âge avancé, la syphilis contractée après 55 ans chez l'homme, après 45 ans chez la femme. La maladie passe par les mêmes phases, mais son évolution est plus lente, c'est pourquoi il est exceptionnel d'observer chez ces malades les lésions que l'on rapporte à la période tertiaire. Ces malades, comme nous l'avons dit, sont également réfractaires au traitement par le mercure et l'iode, ce qui tient, comme le disent MM. Terrier et Luc, à ce que dans la vieillesse, la rénovation des tissus s'opère avec lenteur et facilite peu les effets des médications dites altérantes. Ce n'est pas là, bien entendu,

une raison suffisante pour renoncer au traitement; mais quand il s'agit d'une lésion osseuse, quand la nécrose est produite il faut attendre son élimination spontanée; recourir à l'intervention chirurgicale est souvent grave.

En terminant, les auteurs appellent l'attention des chirurgiens :

1° Sur la fréquence relative des manifestations syphilitiques tardives chez les vieillards ;

2° Sur les caractères que ces lésions présentent selon qu'elles atteignent plus spécialement les téguments, le tissu cellulaire, les muscles et les os ;

3° Enfin, sur le peu d'efficacité d'un traitement rationnel (mercuriel, mixte ou ioduré) pour améliorer et guérir ces manifestations tardives.

G.

DES SYPHILIDES GÉNITALES ULCÉREUSES. Leçon clinique de M. le professeur FOURNIER (résumée). (*Gazette des hôpitaux.*)

La syphilide ulcéreuse est une perte de substance plus ou moins étendue mais ne dépassant guère les limites de l'ongle. Sa profondeur atteint un ou 2 millimètres. Elle est représentée par des plaques plus ou moins confluentes. Dans quelques cas, elle pourrait être confondue avec le chancre simple qui, ordinairement, n'a pas les mêmes caractères, mais en cas de doute l'inoculation fait foi.

Contrairement aux autres syphilides (papuleuse, érosive, hypertrophique) avec lesquelles elle coïncide rarement, elles est très tenace. Elle débute souvent par une large papule plate qui s'ulcère à son centre et elle peut revêtir la forme circinée. Les complications sont assez rares. En tout cas ces complications sont : 1° un érythème de voisinage; quelquefois un intertrigo qui peut prendre le caractère érysipélateux; 2° l'œdème des parties génitales; 3° le sclérème vulvaire chez la femme, état dans lequel la vulve semble être formée de deux tranches de melon, si les deux côtés sont également atteints. La couleur des parties est rouge sombre et elles ne gardent pas l'empreinte des doigts.

La folliculite vulvaire est peu connue encore; elle se présente sous deux formes: la forme sèche et la forme hypertrophique ulcéreuse.

La folliculite sèche est représentée par une ou plusieurs petites tumeurs hémisphériques, rouges et résistantes sous le doigt. On appelle folliculite agminée l'agglomération de plusieurs de ces tumeurs se touchant par la base. Ce qui les distingue des verrues ou des végétations

auxquelles elles ressemblent assez, c'est la présence, à leur sommet, d'un petit pertuis par où sort quelquefois un petit poil. Cette affection est très rebelle; on la traite par le mercure ou l'excision. Cette folliculite peut s'abcéder, s'ulcérer et donner lieu à une ulcération cratériforme de 2 à 4 millimètres. L'ulcération peut atteindre 2 ou 3 centimètres si elle se fait sur des folliculites agminées. Telles sont les deux formes de la folliculite vulvaire.

Les syphilides vaginales et utérines sont rares, c'est comme à la bouche où le pharynx est si rarement atteint qu'on a pu dire que les piliers du voile du palais étaient les colonnes d'Hercule de la plaque muqueuse. Elles existent néanmoins, et dans le vagin elles affectent la forme d'une simple érosion ou d'une papule érosive rose pâle ou même tout à fait blanche.

Elles sont plus communes sur le col où elles prennent la forme érosive, papulo-érosive ou ulcéreuse et très exceptionnellement hypertrophique.

La forme ulcéreuse pourrait être confondue avec l'ulcération de la métrite granuleuse. Ce qui les distingue, c'est que la syphilide ne rayonne pas de l'orifice utérin comme l'ulcération granuleuse; de plus, cette dernière dure plusieurs mois, évolue très lentement, tandis que la syphilide cède facilement aux bains, aux injections et aux cautérisations au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode.

G.

SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE. Leçon clinique de M. GOUGUENHEIM, recueillie par M. LEBRETON, interne (*France médicale*).

Le sujet de cette leçon a été une malade de Lourcine qui, deux mois environ après le début de sa maladie, fut atteinte de papules qui se recouvrirent de croûtes s'épaississant peu à peu et finissant par devenir analogues à celles du rupia. Bientôt, au lieu de papules ce furent des tubercules qui affectèrent la même marche. Un peu plus tard, la face, respectée jusqu'alors fut envahie par des pustules. Les croûtes ressemblaient à des coquilles d'huîtres imbriquées les unes sur les autres et finissaient par se détacher en laissant à découvert des ulcérations dont les dimensions variaient d'une pièce de 4 franc à une pièce de 5 francs, à fond rouge grisâtre et à bords taillés à pic. Ces syphilides graves contre lesquelles le mercure reste impuissant sont améliorées rapidement par l'iodure de potassium.

En même temps que se produisaient ces ulcérations graves, l'état gé

néral était alarmant. La malade, très anémiée, était arrivée à un état de cachexie alarmant accompagné d'une fièvre assez intense. La température offrait des exaspérations vespérales qui allaient jusqu'à 40° le soir. Au bout de 4 mois, la malade entrait en convalescence.

M. Gouguenheim rappelle que ces cas de syphilis grave, ainsi que l'a observé Dubuc, se compliquent parfois de coryza ulcéreux, de laryngite intense, ce qui a pu faire confondre la maladie avec la morve.

L'état général est toujours grave et peut faire craindre une terminaison fatale ainsi que cela a été observé.

Bazin admettait trois variétés de syphilides graves : la variété *puro-ulcéreuse* où l'ecthyma et l'impétigo dominant ; la forme *tuberculo-crustacée ulcéreuse* qui se fait remarquer par des tubercules, des papules qui s'ulcèrent et même par des gommages comme la forme que M. Mauriac décrit en ce moment dans les *Annales* ; la troisième variété de Bazin est la forme *tuberculo-ulcéro-gangréneuse* où l'on observe la formation rapide d'eschares avec sillon d'élimination, bourrelet circonférentiel très dur et perte de substance souvent considérable.

Cette division est un peu arbitraire. Le caractère essentiel de l'affection est le polymorphisme.

Le traitement général a été l'administration de l'iodure de potassium à la dose de 5 à 6 grammes. Les ulcérations étaient pansées avec une poudre mélangée d'iodoforme et de quinquina joints à la charpie phéniquée et alcoolisée. Ce traitement donne les meilleurs résultats. G.

FISTULE D'ORIGINE SYPHILITIQUE DE LA VOUTE PALATINE. M. le professeur TRÉLAT. — (*Le praticien.*)

M. Trélat a eu dans son service, au mois de janvier dernier, une femme qui présentait une fistule palatine large à pouvoir y introduire le doigt annulaire et située au milieu même de la voûte du palais et assez en avant, se rapprochant beaucoup de l'arcade dentaire. Cette fistule est d'origine syphilitique.

Du reste, l'un des caractères qui permettent de distinguer à coup sûr les ulcérations scrofuleuses des ulcérations syphilitiques qui donnent naissance à ces fistules, est que 99 fois sur 100, les ulcérations syphilitiques s'accompagnent d'altérations osseuses et existent sur la voûte osseuse du palais, tandis que les ulcérations scrofuleuses siègent, on peut dire constamment sur le voile du palais. On peut donc, pour ainsi dire, diagnostiquer les unes et les autres à première vue, d'après le siège

qu'elles occupent. Les premières, en effet, donnent lieu à une périostite syphilitique consécutive, tandis que les secondes amènent le développement des gommies scrofuleuses ou tuberculeuses, comme M. Lannelongue propose de les appeler.

Chez la malade de M. Trélat, la fistule est unique; la malade entrée depuis deux mois et demi à l'hôpital Necker, a été soumise depuis cette époque à un traitement antisiphilitique, et c'est au bout de ce temps seulement que M. Trélat s'est décidé à l'opérer.

L'opération consiste à aviver les bords de la fistule; on pratique ensuite deux grandes incisions excentriques à 12 ou 14 millimètres des bords avivés. On décolle la muqueuse des adhérences qu'elle contracte avec la voûte palatine, on mobilise les lambeaux et on les réunit sur la ligne médiane.

La malade est endormie avec 4 grammes de chloral et opérée la tête dans une position fortement déclive, afin d'avoir le plus de lumière possible et pour éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes. L'anneau d'arrivement a mesuré 30 millimètres de longueur sur 16 millimètres de largeur. La plaie n'a donné que peu de sang. Quatre points de suture ont été posés avec des fils d'argent.

Le pronostic de ces fistules, comme le fait remarquer M. Trélat, est moins favorable que celui des fissures congénitales. Néanmoins, cette femme est jeune, sa santé est bonne et elle demande à être opérée à cause du nasonnement très prononcé de sa voix.

Nous ne savons si l'opinion prêtée à M. le professeur Trélat au sujet de la distinction des fistules syphilitiques et des fistules scrofuleuses est exacte; quoi qu'il en soit c'est justement le contraire que nous avons maintes fois observé au Midi et dans différents hôpitaux. G.

LEÇONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE DE LA SYPHILIS, par M. MARTINEAU, recueillies par M. BINET, interne.

M. Martineau vient de publier dans l'*Union médicale* (nos 121, 122, 126, 129 et 133), une série de leçons sur le traitement de la syphilis. Nous résumons brièvement ces leçons. La première année, M. Martineau donne du mercure pendant trois à quatre mois, puis, pendant le même nombre de mois, il prescrit l'iodure de potassium. Il laisse reposer le malade pendant un mois, après lui avoir donné encore pendant deux mois du mercure et deux mois de l'iodure de potassium. La deuxième

année, le malade est soumis pendant un mois au mercure, pendant deux mois au traitement potassique et puis il se repose deux mois. De nouveau : un mois le mercure, trois mois l'iodure de potassium et trois mois de repos pendant lesquels il institue le traitement sulfureux. Le traitement suivi pendant la troisième année est le même que la seconde : un mois au mercure, deux mois à l'iodure et trois mois de repos. Une nouvelle cure sulfureuse est prescrite qui doit servir de *pierre de touche* et si sous son influence excitante de nouveaux accidents se manifestent, on recommence le même traitement que la deuxième et la troisième année.

Pour M. Martineau, ce traitement est le seul qui puisse prévenir les complications viscérales que l'on observe si fréquemment aujourd'hui. Il prescrit, dès la première année, l'iodure de potassium, mais comme on a pu le remarquer, il administre d'abord du mercure. M. Martineau admet que l'action antisiphilitique de l'iodure ne peut se manifester qu'après celle du mercure.

Lorsque des manifestations tertiaires résistent à l'action de l'iodure potassique même à doses élevées, on doit en cesser l'administration et donner du mercure pendant quelques jours. Si après cela on reprend l'iodure, son action devient aussitôt évidente.

Les eaux sulfureuses sont un auxiliaire puissant qui facilite l'absorption du mercure et son élimination ; elles accélèrent son action et aident à le faire supporter.

Au printemps et à l'automne M. Martineau reprend l'usage des médicaments ou en augmente la dose en raison de ce que l'expérience a démontré qu'au moment de ces saisons la syphilis revêtait une nouvelle activité.

M. Martineau n'administre le mercure qu'au moment de l'apparition des accidents secondaires.

Pour l'auteur, la meilleure voie d'absorption du mercure, c'est la voie stomacale. La première année il prescrit les pilules de Sédillot, une pilule la première semaine, deux pilules pendant six semaines, puis une les mois suivants.

La deuxième année, il donne de préférence la liqueur de Van-Swieten à la dose d'une cuillerée à café par jour, ou une pilule de Dupuytren à la dose suivante :

Bichlorure d'hydrargyre.....	0 ^{gr} ,005
Extrait thébaïque.....	0 » 01
Pour une pilule.	

On voit que ces doses sont faibles. L'iodure de potassium est aussi

employé à faible dose : 0,50 centigrammes à 1 gramme par jour. La pilule est prise avant le repas du matin.

Le traitement sulfureux doit être institué à la fin de la deuxième année. Quand les malades le peuvent, ils vont à une station thermale ; dans le cas contraire, ils prennent des bains sulfureux, et quinze jours par mois, pendant trois mois, ils boivent une eau sulfureuse que l'on peut à volonté mélanger avec du lait ou boire pure. Cette eau facilite la tolérance du mercure et permet d'en pousser les doses plus loin. Elle combat aussi efficacement que le chlorate de potasse, la stomatite mercurielle et elle la prévient.

Il est bien entendu qu'un régime reconstituant doit être suivi en même temps.

Dans les cas où il y a menace de complication viscérale grave, on peut recourir aux frictions d'onguent napolitain ou aux injections de l'iodure de mercure ou de bichlorure changé en peptonate selon la méthode de MM. Bamberger et Terrillon.

Chez les enfants : frictions ou liqueur de Van-Swieten et au bout de deux ans, eau sulfureuse à la dose de une à deux cuillerées à bouche par jour.

G.

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES EAUX THERMALES. Séances de la Société d'hydrologie. *Bulletin général de thérapeutique.*

M. TILLOT commente le travail de M. Fraiche sur les eaux d'Aulus, et propose son admission comme correspondant national. Rompant en visière avec cette opinion tant célébrée dans les conversations de table d'hôte et dans bien d'autres endroits, que les eaux d'Aulus sont antisypilitiques, M. Fraiche soutient avec preuves à l'appui *qu'elles ne guérissent pas la syphilis, mais remontent tout simplement les syphilitiques.*

Les cachectiques quittent les eaux plus vigoureux, plus forts ; les porteurs d'ulcères les voient se cicatriser ; les gommès se dissipent et se résorbent, etc. C'est là une action générale, évidente, remarquable, mais nullement spécifique. C'est déjà beaucoup que cette médication puisse mettre les malades en état de surmonter les manifestations protéiformes de la diathèse, les tonifier, les aguerrir contre les assauts sans cesse renouvelés de la terrible maladie.

Comme l'a dit M. Tillot, si Aulus guérit incidemment quelques mani-

festations syphilitiques et augmente surtout la résistance des victimes à l'infection renaissante dont leur sang est saturé, son rôle est assez beau et pas n'est besoin de chercher dans une renommée douteuse des éléments de succès.

M. CAULET. Les médecins de la région, en particulier un grand nombre de confrères très éminents de Toulouse, admettent une action spéciale en ce qui concerne les eaux d'Aulus. J'ai vu des malades réfractaires à tout autre traitement, guérir à Aulus, de syphilis tertiaires.

M. VÉRITÉ. Pas plus que le mercure, les eaux minérales ne guérissent la syphilis. Il faut tenir compte aussi de l'effet topique des eaux qui agissent à la manière de certains pansements sur les ulcérations spécifiques. Il faut se tenir en garde ; rien n'est moins connu que la syphilis, surtout dans les accidents tertiaires et l'on donne souvent cette étiquette à des affections qui n'ont aucun lien de parenté. C'est ainsi que j'ai entendu parler de couperose syphilitique, ce qui est absolument faux, cette forme d'acné n'étant jamais associée à la syphilis.

M. GRIMAUD. A Barèges comme à Aulus, on amende les syphilitiques sans que l'on puisse pour cela faire de leurs eaux des antisypilitiques.

M. CAZAUX. Quand on obtient de bons effets, il est souvent difficile d'établir ce qui convient aux traitements antérieurs et à la cure minérale.

M. SÉNAC LAGRANGE. J'ai vu à Cauterets, sous l'influence du traitement des syphilides graves devenir très bénignes. J'ai vu des ecthymas disparaître, ce qui ne veut pas dire que la syphilis soit anéantie pour cela.

M. TILLOT. Je crois qu'il faut admettre pour la syphilis ce que nous reconnaissons tous pour la scrofule et l'arthritisme : à savoir qu'il y a beaucoup d'eaux qui les modifient, mais qu'aucune ne les guérit.

M. CAULET. Lorsqu'on dit que le mercure est antisypilitique, on sait ce que cela veut dire ; c'est dans le même sens restreint qu'il faut interpréter l'action d'Aulus. C'est beaucoup qu'il débarrasse pour quelque temps. L'action de ces eaux est d'autant plus remarquable sur les plaies spécifiques que les autres plaies, les écorchures de l'équitation entre autres, sont plutôt irritées par le contact de l'eau.

G.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE DE L'ÉPIDIDYME BLENNORRHIQUE. — Discussion soutenue à la *Société de Chirurgie* par MM. TERRILLON, DESPRÈS, TERRIER, HORTELOUP et TRÉLAT. (*Passim.*)

M. TERRILLON, s'appuyant sur dix-huit observations recueillies dans différents auteurs et sur des expériences qu'il a tentées sur des chiens au moyen d'injections de liquides irritants faites dans le canal déférent, pose les conclusions suivantes que nous résumons : les canaux déférents ont leur muqueuse rouge et contiennent du pus ; les canaux éjaculateurs sont également enflammés ; les vésicules séminales contiennent du pus, leurs parois sont épaissies et infiltrées de globules blancs, d'où la possibilité de la péritonite.

Dans un premier degré, l'épithélium des canaux déférents est granuleux et ne présente plus de cils vibratiles, les autres tuniques sont saines ;

Dans un deuxième degré, parois œdématisées, infiltrées de globules blancs ;

Troisième degré : *péri-déférentite* ; l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire ambiant, d'où le volume appréciable acquis par le canal ;

Quatrième degré : l'inflammation dépasse la tunique fibreuse, les téguments sont rouges ; liquide jaune-verdâtre dans le canal déférent, contenant des globules blancs en quantité, des globules volumineux, granuleux et des spermatozoïdes qui disparaissent si l'inflammation persiste.

L'épididyme est surtout malade au niveau de la queue. Mais ce que M. Terrillon signale surtout, c'est l'inflammation prédominante du tissu cellulaire qui entoure l'épididyme. Ce dernier n'augmente pas autant de volume qu'on pourrait le croire. Le testicule n'est pas sensiblement altéré. Contrairement à ce que croit M. Gosselin, M. Terrillon pense que la sécrétion spermatique est altérée et que si l'épididyme est dilaté par place et contient du liquide purulent, il n'est pas prouvé qu'il soit complètement obstrué ; c'est du moins ce qui ressort des expériences qu'il a tentées chez les chiens.

Quant à la pathogénie de l'orchite, elle s'expliquerait uniquement par la propagation de l'inflammation du canal de l'urètre aux canaux éja-

culateurs et déférents pour gagner l'épididyme et la tunique vaginale.

M. DESPRÈS rappelle que Ricord admettait déjà l'orchite par sympathie et par propagation, la théorie de M. Terrillon ne lui est donc pas personnelle ; mais selon lui l'épididymite n'est due qu'à la rétention du sperme. Cette rétention, cet engorgement glandulaire produit par l'obstruction du canal de l'épididyme se change facilement en inflammation sous l'influence du moindre choc, d'un coït prématuré ou d'une pollution. Ce qui le démontrerait, c'est que l'épididymite survient ordinairement au bout de quinze jours, trois semaines et plus après le début de l'urétrite. Ce qui se passe ici est comparable à ce que l'on observe dans toutes les glandes et notamment dans les glandes salivaires et mammaires. D'ailleurs on a vu l'épididymite se produire chez des malades dont les conduits éjaculateurs étaient comprimés par un calcul de l'urètre ou un cancer du rectum.

M. TERRIER estime que l'on ne doit pas conclure du chien à l'homme, attendu que les chiennes n'ont jamais de vaginite, et les chiens jamais d'orchite.

M. HORTÉLOUP, dans le but de contrôler les expériences de M. Terrillon, a examiné de nombreux malades à l'hôpital du Midi. Il n'a jamais pu prendre sur le fait cette propagation de l'inflammation. Le canal déférent est indemne et souvent les parties profondes de l'urètre sont épargnées par l'inflammation qui passe sans transition de la partie antérieure de l'urètre à l'épididyme.

M. TRÉLAT, comparant le testicule à un ganglion lymphatique, dit que l'on peut très bien expliquer la divergence qui sépare les conclusions des expériences de M. Terrillon et les résultats des recherches cliniques de M. Horteloup. Quand un ganglion s'enflamme à la suite d'une blessure, suit-on toujours sur les vaisseaux lymphatiques le trajet du processus inflammatoire ? Quant à la théorie de M. Desprès, elle n'est pas soutenable. La rétention du sperme peut produire de la douleur, une sorte de colique spermatique, mais jamais d'inflammation.

M. DESPRÈS fait remarquer à M. Trélat que le sperme va du testicule à l'urètre, tandis que la circulation lymphatique se fait de la blessure au ganglion. La comparaison n'est donc pas possible. 6.

ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE DU GENOU. — ANKYLOSE. — Leçon clinique de M. le professeur GOSSELIN. (Résumé.) (*Gazette des hôpitaux.*)

s'agit d'un malade ne présentant aucun antécédent morbide notable

qui fut pris, la 4^e semaine d'une blennorrhagie aiguë, d'une arthrite du genou droit extrêmement douloureuse, la nuit surtout. Au bout de quelques semaines, les douleurs se calmèrent, mais le gonflement persista. Au 2^e mois de son affection, la cavité articulaire est le siège d'un épanchement, et le genou malade a une température plus élevée de 3 degrés que celle du genou sain. La moindre pression est très douloureuse ainsi que tout mouvement communiqué à l'articulation. Les mouvements volontaires sont impossibles à moins de douleurs intolérables. De plus, symptômes peu communs dans les arthrites blennorrhagiques qui doivent se terminer par ankylose, il existe une *mobilité latérale* assez considérable dans l'extension parfaite. Ces mouvements anormaux sont-ils dus au relâchement des ligaments ou à l'usure des cartilages semi-lunaires, lésion qu'a démontrée M. Robert Moutard-Martin ? On peut admettre l'existence simultanée des deux altérations, bien que la destruction des cartilages soit la cause principale de cette mobilité.

Lorsque les cartilages sont altérés, on perçoit dans les mouvements imprimés à l'articulation une sensation de craquement. Chez notre malade, nous n'avons pas observé ce signe, c'est ce qui me met dans l'impossibilité de me prononcer entre le relâchement des ligaments et la destruction des cartilages remplacés par des fausses membranes. Si cette dernière lésion existe, elle est irréparable à l'âge de notre malade. Il n'est pas prouvé que les cartilages se reproduisent, dans tous les cas, chez les enfants, à plus forte raison chez l'adulte ; aussi l'ankylose est-elle la terminaison la plus souhaitable.

Si l'hyarthrose qui existe chez notre malade pouvait nous faire espérer la guérison sans ankylose en empêchant l'adhérence des fausses membranes articulaires, la mobilité anormale présente trop de dangers d'arthrite pour chercher à éviter ce genre de guérison.

C'est pour cette raison que le membre a été immobilisé dans l'extension complète et que la compression au moyen d'une bande élastique a été faite dans le but de diminuer le liquide épanché afin d'obtenir la fusion des surfaces osseuses.

G.

I. — TRAITEMENT DE LA VAGINITE BLENNORRHAGIQUE, par M. CONSTANTIN PAUL. — (*Gazette des hôpitaux*.)

II. — TRAITEMENT DE LA VAGINITE AIGUE, par M. RENDU. — (*Lyon médical*.)

III. — TRAITEMENT DE L'ORCHITE PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES D'IODOFORME, par M. SABADINI. — (*Journal de médecine de Bordeaux et Gazette des hôpitaux*.)

IV. — CAMPHRE SALICYLÉ DANS LES ULCÈRES PHAGÉDÉNIQUES.

V. — TRAITEMENT DES BUBONS PAR LES PONCTIONS MULTIPLES.

(Médecin Praticien.)

VI. — DE L'HYDRATE DE CHLORAL DANS LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE CHEZ L'HOMME. — SON MODE D'ACTION COMPARÉ A CELUI DES BROMURES ET DES INJECTIONS MORPHINÉES, par le Dr André MARTIN. (Le Praticien. — 1880.)

I. On a beaucoup vanté les applications de tampons de ouate imprégnés de poudre d'alun. Nous avons pu constater les heureux effets obtenus avec un mélange d'eau de chaux et de baume de Gurgjun à parties égales. Ce traitement renouvelé tous les deux jours ou tous les jours, selon le cas, est journellement employé et avec succès par M. Constantin Paul dans son service.

G.

II. Dans les vaginites aiguës, dans celles surtout qui se manifestent par une rougeur intense de la muqueuse avec douleur assez vive à tous les moyens astringents ou mêmes caustiques employés le plus ordinairement, M. Rendu préfère les badigeonnages faits avec du laudanum pur. Ces badigeonnages sont ainsi répétés plusieurs fois, et après chacun d'eux, on introduit dans le vagin, pendant que le spéculum est encore en place, de la poudre d'amidon en grande quantité. On arrive ainsi à modifier très rapidement l'inflammation vaginale.

G.

III. M. le Dr Sabadini a communiqué dernièrement à la Société de médecine de Constantinople l'observation d'un malade atteint d'orchite blennorrhagique qu'il a traitée avec le plus grand succès par des applications d'iodoforme.

Il s'agissait d'un garçon d'hôtel chez qui le gonflement testiculaire était énorme et qui ne pouvait suspendre ses occupations pour se soigner sans s'exposer à perdre sa place. Le docteur Sabadini songea à employer l'iodoforme d'après la méthode préconisée dans les archives médicales belges, par M. le Dr Bourdeaux qui affirme que par ce traitement les douleurs vives disparaissent et les malades peuvent vaquer à leurs occupations. M. Sabadini fit faire sur la tumeur des applications d'une pommade composée de 4 grammes d'iodoforme pour 40 grammes de vaseline.

Les effets furent remarquables, les douleurs cessèrent rapidement ; le malade ne fut pas obligé de suspendre ses occupations qui le forçaient à rester debout toute la journée et le gonflement disparut dans l'espace de huit jours.

G.

IV. Le Dr Lajoue emploie une pommade ainsi composée, dont la formule est publiée par le *Médecin Praticien* :

Campbre	10 grammes.
Acide salicylique	10 —

Prenez et ajoutez :

Alcool à 90°.	10 gouttes.
Vaseline	10 grammes.
Paraffine	95 —

Pour une pommade consistante à mettre sur les plaies.

V. Pour éviter les cicatrices difformes des bubons suppurés traités par l'excision simple, le Dr WIEGER a institué un mode de traitement en tous points recommandable (?). Il consiste à appliquer aussitôt, et même avant que la moindre fluctuation se fasse sentir dans la tumeur, de petites ponctions multiples, *qui doivent être faites très tôt*; aussitôt la tumeur est recouverte d'un vésicatoire, et la plaie entretenue au moyen de l'onguent épispastique tant que le bubon fait encore saillie; ce traitement ne laisse, pour ainsi dire, aucune tache, si ce n'est la tache brune occasionnée par le vésicatoire et qui disparaît ordinairement du troisième au sixième mois.

Nous ne saurions assez nous élever contre cette pratique. En effet, si à la rigueur le traitement de M. Wieger peut être appliqué aux bubons simples, non virulents ou aux bubons scrofuleux, on ne doit pas manquer d'en voir, *à priori*, tous les inconvénients si on l'emploie contre les bubons chancreux. Chacune des ponctions deviendra un chancre, tout d'abord, et ensuite la plaie qui suivra l'application du vésicatoire formera un chancre proportionné aux dimensions de l'emplâtre vésicant.

On voit d'ici les résultats de ce traitement si le chancre superficiel s'ulcérant, rejoignait le chancre profond représenté par la cavité du bubon chancreux !

Comme on le sait, les bubons vénériens sont chancreux sept fois sur dix ; le traitement proposé par M. Wieger ne leur est donc pas applicable. G.

VI. Dans la période aiguë de l'urétrite, on observe deux phénomènes principaux : difficulté de la miction, érections fréquentes et douloureuses.

Si le premier symptôme cède facilement à l'emploi des tisanes, des émollients ordinaires, et aux alcalins (eau de Vichy naturelle ou bicarbonate de soude) à l'intérieur, il n'en est pas de même de l'érection contre laquelle la plupart des antispasmodiques ont échoué. Parmi ceux-ci, on peut citer le camphre en pilules ou en lavement, suivant la pratique de Velpeau. La poudre de Dower, l'asa-fetida, la valériane, le bromure de potassium ou de sodium (Mallez), les injections hypodermiques de morphine à 0 gr., 01 (Bouloumié).

M. A. Martin n'emploie pas seulement contre la blennorrhagie, le médicament qu'il préconise ; il l'a utilisé dans le traitement des ulcères phagédéniques et en général dans toutes les affections des organes génitaux où l'intervention d'une érection intempestive peut jouer un rôle perturbateur. L'auteur cite plusieurs observations instructives à ce point de vue, que nous allons sommairement analyser :

Dans l'observation I, il s'agit d'un malade atteint de chancre phagédénique de la verge qui, depuis les premiers jours de mars 1877, jusqu'au 23 du même mois, fut traité sans succès par différents moyens pour des érections douloureuses qui l'empêchaient de dormir. Le 23 mars, le traitement fut modifié : on pansa le chancre avec une solution de chloral au centième, et un suppositoire avec 1 gramme du même sel fut ordonné. Au bout de deux jours, le malade put dormir, ses douleurs et ses érections étaient devenues moins fréquentes et moins vives, les ulcérations avaient meilleur aspect, le sommeil était possible. Quelques jours après, la guérison était complète.

L'observation II peut se résumer dans ces quelques mots : *Urétrite aiguë et phimosis. — Opération. — Suppositoire chloralé. — Absence complète d'érection.*

Il en est de même de l'observation III : *Blennorrhagie aiguë. — Réaction inflammatoire.* — Dès le second suppositoire, l'éréthisme avait pris fin.

Il ressort de ces observations que l'effet du chloral est presque immédiat sur l'éréthisme génital, et que ce médicament est bien supérieur aux autres agents proposés dans ce but jusqu'à ce jour. C'est du reste ce qu'ont déjà indiqué MM. Labbé, Goujon, Dujardin-Beaumetz, qui ont montré son efficacité dans le traitement des ulcères syphilitiques et phagédéniques ainsi que sa supériorité sur les autres antispasmodiques contre l'éréthisme génital. M. Constantin Paul a, le premier, employé les suppositoires vaginaux de chloral aux cancers de la matrice. De plus, des expériences bien connues attestent la propriété stupéfiante du chloral sur les centres cérébro-médullaires.

M. A. Martin formule ainsi ses préparations de chloral pour être employées par la voie rectale ;

1 ^{re} H. de chloral, 75 centigrammes à	1 gramme.
Beurre de cacao	4 —
Cire blanche.	q. s.
Pour suppositoire.	

La dose de 1 gramme de chloral ne doit pas être dépassée pour chaque suppositoire. — En cas d'insuccès, répéter le médicament dans la même journée.

2^e H. de chloral 1 gramme.

Eau distillée 200 —

Pour un lavement, que l'on peut substituer au suppositoire.

On a accusé le chloral d'avoir une action irritante sur la muqueuse. Néanmoins, M. Martin préfère le suppositoire au lavement. Son absorption est plus lente et dure plus longtemps avec le trochisque, et celui-ci est d'une application extrêmement facile.

M. Gubler a cité Thompson et Bradburg qui ont trouvé le chloral utile contre l'incontinence d'urine nocturne. Bradburg, Willième et Devreux ont également constaté ses propriétés contre la spermatorrhée.

Récemment M. Pasqua, médecin militaire italien, a préconisé, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, le traitement de la blennorrhagie par les injections de chloral, employé dans le but de modifier la muqueuse urétrale. M. Pasqua a observé que les érections deviennent moins douloureuses, moins fréquentes (1).

En terminant son travail, M. Martin conclut en ces termes :

1^o L'hydrate de chloral, par son action sur la réfectivité médullaire, abolit le phénomène érection, qui est sous la dépendance de l'élément médullaire.

2^o Dans toutes les affections du système génito-urinaire chez l'homme, affections pathologiques, traumatiques ou opératoires, dans lesquelles le phénomène érection est à redouter, le chloral trouve son application. Il est encore utile dans les maladies qui s'accompagnent d'une exaltation de la sensibilité périphérique, spasme, cystite du col, calcul, etc., ou d'une exaspération du pouvoir réflexe, spermatorrhée, incontinence nocturne d'urine, etc.

3^o Dans les diverses formes d'urétrite, il modère, par la suppression des érections, la réaction inflammatoire ; il joue alors le rôle d'un antiphlogistique.

4^o Le chloral est supérieur aux bromures et aux injections morphinées, parce qu'il frappe plus énergiquement la réfectivité médullaire.

5^o La voie d'introduction la plus favorable est la voie rectale, sous forme de lavement, ou mieux de trochisque.

6^o Ce mode d'emploi met en jeu l'action locale, qui s'exerce alors tout au profit du département génito-urinaire, et sans préjudice de l'action générale hypnotique, qui doit résulter de sa diffusion dans l'économie.

GIBIER, DE SAVIGNY.

(1) Nous avons résumé le travail du Dr Pasqua dans les *Annales de Dermatologie*, 1880. Ce travail reposait sur quatre cas observés par l'auteur. Depuis, nous avons essayé contre la blennorrhagie l'injection de chloral au 120^e comme elle est formulée dans le *Bulletin de Thérapeutique*. — Nous devons dire que dans tous les cas où nous l'avons employée nous n'avons obtenu aucun soulagement.

G. de S.

REVUE ÉTRANGÈRE.

DERMATOLOGIE.

UEBER DIE COÏNCIDENZ VON ERKRANKUNGEN DER HAUT UND GRAUEN ACHSE
DES RÜCKENMARKES (DE LA RELATION QUI UNIT LES MALADIES DE LA PEAU
AUX LÉSIONS DE LA SUBSTANCE GRISE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE), par le
Dr A. JARISCH.

Les travaux de Bärensprung, d'Eulenburg, de Chvosteck, Balmer, Mougeot, Charcot, etc., ont démontré les rapports qui existent entre certaines maladies de la peau et les processus morbides qu'on observe dans le système nerveux. Le Dr Jarisch a eu l'occasion d'examiner la moelle d'une malade, atteinte d'herpès iris et circoné, qui succomba à une pneumonie lobulaire ; nous reproduisons ce fait dans ses traits essentiels.

Il s'agit d'une femme de 61 ans. Cinq ans auparavant, en 1874, éruption bulleuse disséminée à la face et sur les bras, qui disparut spontanément. Depuis cette époque il survenait fréquemment des taches rouges sur les régions primitivement atteintes.

Depuis plusieurs mois cette malade se plaignait de céphalalgie, d'impotence et d'une éruption prurigineuse sur la face dorsale des mains et au niveau des coudes. Huit jours avant son admission à l'hôpital : fièvre, aggravation de la maladie de la peau qui s'étendit à d'autres régions du corps.

Au moment de son entrée, 27 octobre 1879, on constate l'état suivant : l'affection occupe exactement la région dorsale du tronc jusqu'au niveau de la dixième côte où elle cesse brusquement. La peau saine forme là, sur la ligne médiane, une espèce de coin triangulaire dont la pointe correspond à l'apophyse épineuse de la dixième vertèbre dorsale, le bord inférieur suit la ligne des côtes et se termine au nombril. La face et le cuir chevelu sont rouges, très tuméfiés, recouverts de croûtes et de bulles disposées en groupes ou isolées, dont la base est rouge bleu foncé. Sur les bras et les avant-bras, il existe de nombreuses papules et vésicules, en général groupées, de la grosseur d'un grain de chenevis et des bulles du volume d'une noisette.

Sur les parties antérieure et postérieure du thorax, l'épiderme est complètement détaché sur des points ayant la largeur de la paume de la main ; sur toute l'étendue des parties malades on aperçoit de petites pustules, de la grosseur d'un grain de millet, très confluentes, superficiellement situées, entourées d'une aréole inflammatoire rouge vif. La face inférieure des deux seins est complètement indemne. Sur l'abdomen on trouve quelques groupes de papules rouge-bleu sombre, en desquamation ; il en existe également quelques-uns au niveau du genou gauche ; à la plante des pieds grosses bulles hémorragiques. Langue sèche, muqueuse buccale tuméfiée, rouge et en partie excoriée ; sur le voile du palais plaques rouge jaunâtre, nettement limitées, excoriées. Fièvre, température à 40° centigrades, la malade est très faible, syncopes ; tuméfaction assez considérable de la rate, rien d'anormal dans les autres organes. Les urines contiennent une petite quantité d'albumine, augmentation notable des urates.

Bien que cette affection ne correspondît à aucune des maladies de la peau qu'on observe habituellement, elle présentait cependant, sous beaucoup de rapports, une grande ressemblance avec l'herpès iris.

Les jours suivants l'état général de la malade s'améliora au point que le matin la température était normale et que le soir elle atteignait seulement 38°,5.

L'inflammation de la peau sur les régions pectorale et dorsale disparut et il se fit une desquamation lamelleuse. Seulement autour des seins, sur les bras et les avant-bras, nouvelles poussées de vésicules.

Le 6 novembre il se forma sur le sacrum une eschare à marche rapide et envahissante, le jour suivant, il se produisit sur le côté externe des deux talons, une eschare semblable ; le lendemain on constata une pneumonie ; et le 11 novembre on trouva un abcès de la grosseur du poing à la face interne de la cuisse gauche. On mit la malade dans le bain continu de Hebra ; l'affection de la peau disparut ; mais l'infiltration pulmonaire augmenta ; dans les derniers jours de novembre il survint des vomissements continuels de matières bilieuses, des frissons et le 1^{er} décembre, cinq semaines après son entrée à l'hôpital, la malade succomba avec des symptômes de collapsus.

A l'autopsie on trouva une maladie de Bright à la troisième période et une pneumonie lobulaire.

L'examen microscopique montra l'existence de toutes les lésions que l'on a considérées comme caractéristiques de l'inflammation de la substance grise : cellules riches en protoplasma avec deux noyaux, état granuleux du corps des cellules ganglionnaires, réseau trabéculaire épais à bords unis, qui, en quelques points, était composé de parties irrégulièrement formées.

Les altérations étaient surtout prononcées dans les parties centrales, latérales et postérieures des cornes antérieures, notamment dans les points où Charcot a placé les centres trophiques de la peau.

Dans la relation signalée jusqu'à ce jour entre les maladies de la peau et les lésions de la moelle, il y avait toujours des troubles de la motilité et de la sensibilité et ceux-ci empêchaient de reconnaître le rapport de l'affection médullaire avec la maladie de la peau ; car il était impossible de savoir si la lésion de la moelle était la cause de la lésion cutanée. La maladie de la moelle pouvait occasionner les troubles de la motilité, tandis que la maladie de la peau pouvait avoir été provoquée par d'autres causes.

Le cas rapporté par Jarisch se distingue toutefois par l'absence de phénomènes médullaires appréciables.

Encouragé par ces résultats, l'auteur a examiné la moelle de sujets syphilitiques. Dans un cas de syphilis acquise, il a trouvé la substance grise de la moelle notablement modifiée et altérée. Dans trois cas de syphilis héréditaire, il existait des foyers circonscrits dans les parties centrales des cornes antérieures ou dans la commissure, et qui paraissaient dus à des tuméfactions circonscrites du réseau. Les cellules ganglionnaires avaient dans deux de ces cas leur protoplasma légèrement granuleux, et dans l'un d'entre eux elles paraissaient comme ratatinées et traversées de nombreuses vacuoles.

Chez un homme qui avait eu pendant la plus grande partie de sa vie un psoriasis, et qui n'avait présenté aucun phénomène médullaire, la substance grise de la moelle était atteinte de sclérose en plaques, et de lésions inflammatoires. Enfin chez une femme affectée de lupus érythémateux et qui succomba aux suites d'une inflammation pulmonaire, Jarisch observa, visibles déjà à l'œil nu, des foyers symétriques dans les parties latérales centrales des cornes antérieures, dans les mêmes points que dans les cas d'herpès iris relaté ci-dessus. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, n° 2 et 3, 1880.)

A. D.

WORAUS BESTEHT DER SCHWARZE PUNKT DER COMEDONEN? (EN QUOI CONSISTE LE POINT NOIR DES COMÉDONS), par le Dr P.-G. UNNA.

Longtemps avant que l'examen microscopique des comédons lui permit de porter un jugement sur l'existence des particules de saleté comme cause

de leur teinte noire, M. Unna, d'après la seule observation clinique, avait pensé que cette opinion traditionnelle devait être erronée. Depuis l'application du traitement mécanique, le médecin est à même de voir les comédons se développer sous ses yeux. Par le raclage on découvre beaucoup de comédons sous la couche cornée non colorée. Dans tous ces comédons — et leur nombre est considérable — l'opinion que la saleté provient de l'extérieur ne serait soutenable que si l'on admettait, encore que, après l'introduction de la saleté dans le follicule sébacé ouvert, la couche cornée se de nouveau recouvert le corps étranger. On peut, en outre, facilement observer que certaines médications ont une grande influence sur la naissance des points noirs, notamment les préparations sulfureuses généralement employées. L'auteur insiste également sur ce que il ne saurait être question ici de la formation superficielle d'un métal sulfureux noir, car avec d'autres poudres siccatives, par exemple, le bolus blanc, on arrive au même résultat. On peut ainsi cultiver des points noirs avec un traitement, laissant la face recouverte pendant la nuit avec un masque, et pendant le jour par de la poudre et des pommades qui la mettent à peu près complètement à l'abri de la saleté.

Si la teinte noire était réellement produite par la saleté, les comédons noirs seraient l'apanage de certaines classes de travailleurs, notamment de ceux qui extraient la houille, et des balayeurs. Il n'en est rien, tous les médecins savent, au contraire, combien cette affection est fréquente chez les jeunes filles chlorotiques et vivant dans de bonnes conditions. L'acné ponctuée est d'autre part aussi fréquente chez les habitants des villes que chez ceux de la campagne. En outre, selon Unna, l'acné de la face ne se rencontre pas plus fréquemment que celle du dos et de la poitrine. Enfin l'observation clinique montre que la coloration noire des comédons n'existe pas seulement à la surface des anciens comédons mais descend toujours dans la profondeur. On voit quelquefois de vieux comédons d'une consistance analogue à celle de la corne, qui sont colorés en noir avec une intensité décroissante jusqu'à 1 ou 2 millimètres de profondeur. Aussi sait-on parfaitement que les plus grands soins de propreté n'empêchent pas leur coloration noire et que c'est seulement par des lavages fréquents avec un savon irritant, qui entretient la desquamation de la couche cornée de l'épiderme, que l'on peut arriver à faire disparaître en partie la coloration noire.

Mais personne jusqu'à présent n'a jamais pu démontrer l'existence positive de particules de saleté ou de poussière. Tous les dermatologistes ne sont d'accord que sur la présence d'épithélium kératinisé et ayant subi la dégénérescence graisseuse, de graisse libre, de cholestérine et de poils. Toutefois cet accord cesse quand il s'agit des causes qui produisent la coloration noire. Mais outre une teinte diffuse de l'extrémité

des comédons, on voit des corpuscules pigmentés ; ils n'ont pu échapper à aucun observateur, même avec les méthodes les plus primitives. Cependant, ce qui manque, c'est une étude précise, permettant de déterminer si pour les corps ayant une couleur très foncée il s'agit de corpuscules de pigment, de cellules pigmentaires (Henle), de cellules cornées pigmentées d'une façon diffuse, ou des éléments connus de la saleté qu'on trouve partout.

Tout le monde sait en quoi consiste la saleté. Elle est, en général, constituée par tous les éléments qui flottent dans l'atmosphère auxquels il faut naturellement ajouter ceux particuliers à certaines professions. Quant à ces derniers, on peut les négliger ; les premiers, au contraire, devraient être retrouvés si la théorie de la coloration ou de l'occlusion des glandes sébacées par la saleté possède quelque valeur. Si l'on rencontre rarement ces éléments, on peut hardiment leur accorder tout aussi peu d'importance pour la coloration des comédons qu'on ne doit en attribuer aujourd'hui à l'acare des follicules pour le développement de la même affection.

Unna a examiné, tant au point de vue microscopique qu'au point de vue micro-chimique, des centaines de comédons et dans aucun cas il n'a rencontré les éléments génériques de la saleté, quoiqu'il les ait toujours recherchés avec soin. En ce qui concerne le contenu pigmentaire, il faut distinguer entre la pigmentation diffuse des cellules cornées et les corpuscules libres de pigment.

La pigmentation diffuse est interrompue par de très légères différences dans la répartition et la gradation des nuances. Elle envahit régulièrement les couches cornées supérieures, la tête du comédon. La gamme des couleurs jaune-brun jusqu'au noir-brun rappelle très exactement les teintes correspondantes des poils blonds, bruns et noirs, en tant qu'elles proviennent du pigment diffus non granulé des poils. Il ne s'agit sans doute ici que d'une couleur fondamentale qui se nuance plus ou moins et qui est propre aux cellules cornées anciennes. Comme l'extrémité du réseau corné présente toujours la pigmentation la plus foncée, on peut supposer que le voisinage de l'atmosphère exerce une influence favorable sur cette dernière. Mais il ne faut pas oublier que les cellules cornées supérieures du comédon en représentent en même temps la partie la plus ancienne, et il peut se faire qu'il n'y ait dans la teinte plus accusée qu'une modification due à l'ancienneté.

La pigmentation granulée présente une grande différence avec la pigmentation diffuse sous le rapport du nombre, de la coloration et de la grosseur des noyaux, qui se trouvent, en général, à la partie supérieure du comédon, par conséquent immédiatement au-dessous de la tête formée seulement par des cellules cornées. Au microscope, on ne voit, sur les points qui peuvent macroscopiquement déterminer la coloration du

comédon, que des cellules cornées présentant une pigmentation diffuse, tandis que les corpuscules de pigment, dont on pourrait discuter le rapport avec la saleté, sont renfermés dans le comédon et n'ont pas la moindre influence sur la coloration visible à l'œil nu.

Relativement à leur nombre et à leur grosseur, les grains de pigment ne présentent rien de régulier. D'après leur coloration on peut les diviser en trois groupes : noirs, bruns et bleus. Parmi ces formes pigmentaires, ce sont principalement les granulations grossières, noires, que G. Simon et V. Bärensprung ont considéré comme des molécules de charbon. Les corpuscules bruns et bleus qui sont habituellement translucides paraissent avoir échappé à l'attention de ces observateurs, on ne saurait admettre qu'ils les aient vus et les aient pris simplement pour de la saleté. Dans aucun comédon on ne constate l'absence de corpuscules bruns, les corpuscules bleus manquent très rarement et seulement après certaines médications.

Si l'on écrase un comédon sous la lamelle du microscope et qu'on l'examine à un grossissement de 1 à 200 diamètres, les parties sombres se décomposent en amas de corpuscules, et si l'on les soumet à des réactifs chimiques, on voit que toutes les granulations ainsi que la couleur diffuse sont complètement insolubles dans l'eau distillée, la solution de chlorure de sodium, l'alcool, l'éther et le chloroforme, même si l'on chauffe jusqu'à ébullition les réactifs avec la préparation. Si l'on ajoute une solution de potasse ou de soude, ou d'ammoniaque caustique, tous les épithéliums se gonflent et deviennent translucides, tandis que le pigment qui n'est ni dissous, ni modifié, se voit encore mieux qu'auparavant, et une grande quantité de petites granulations pigmentaires, inaperçues jusqu'à ce moment, deviennent alors visibles. Pour l'étude des formes du pigment il faut donc avoir recours aux alcalis. Le pigment se comporte tout autrement en présence des acides minéraux. Dans l'acide chlorhydrique et l'acide nitrique concentré, la coloration diffuse pâlit rapidement, plus promptement encore dans l'eau régale, et, si l'on chauffe jusqu'à ébullition, tous ou presque tous les corpuscules de pigment se dissolvent complètement. Cette réaction démontre d'une manière évidente que la coloration noire du comédon n'est pas produite par le charbon. De toutes les variétés de pigment, ce sont les corpuscules bleus qui résistent le moins aux acides. Tandis que le pigment diffus et les granulations brunes et noires ne cèdent qu'aux acides minéraux les plus concentrés, les bleues disparaissent déjà dans l'acide muriatique très étendu, l'acide acétique obtenu par le froid, l'acide acétique ordinaire, l'acide sulfurique, même dans des solutions de certains sels, comme l'alun, et cela plus rapidement à chaud qu'à froid. L'auteur a trouvé les corpuscules bleus en nombre très variable dans les acnés récentes et anciennes, dans

des comédons isolés sur la peau, d'ailleurs saine, de malades de tout âge et de toute profession ; même dans deux petits comédons de la nuque d'un enfant de quatre mois, sain, et qui n'avait été en contact qu'avec de l'eau et du savon, l'auteur constata la présence du pigment bleu, outre celle de pigment granuleux noir, de pigment d'un beau brun clair.

Il résulte des recherches micro-chimiques faites par Unna que les corpuscules bleus sont constitués soit par du bleu d'outre-mer proprement dit, soit par un corps en ayant toutes les propriétés. Il en ressort aussi que les pigments diffus ne sont pas éloignés, dans leur composition, d'un côté des granulations bleues et de l'autre du pigment diffus du poil ; l'un ou l'autre peuvent donc être le point de départ de ces pigments.

Ces recherches pourront faire progresser la chimie des substances cornées. Il semble que dans les teintes jaunes, brunes et noires, considérées à tort pendant si longtemps comme de la saleté, on ne trouve pas autre chose que les nuances analogues que l'on rencontre dans la coloration diffuse des cellules du poil, dans les tissus cornés des animaux et de l'homme, dans le sabot et dans les griffes, dans les ongles dans certaines maladies chroniques, dans la couche cornée dans la kératose simple et à un haut degré dans la kératose noire.

Partant de ces données, Unna a employé avec succès les acides dans le traitement des comédons. Il prescrit habituellement :

Kaolin (bolus blanc).	4 parties.
Glycérine.	3 —
Acide acétique.	2 —

Avec ou sans addition d'une petite quantité d'huile éthérée. On fait une onction le soir avec cette pommade et même le jour si cela est possible. Il faut avoir soin de faire tenir les yeux fermés pendant l'application de la pommade. Au bout de quelques jours tous les comédons peuvent être facilement expulsés, la plupart même se détachent par des lotions avec le savon de pierre ponce. On peut obtenir les mêmes résultats sur les têtes noires des comédons par des badigeonnages longtemps continués avec du vinaigre, le jus de citron ou par l'emploi de l'acide hydrochlorique étendu. Avec cette méthode de traitement, on peut très bien avoir recours aux préparations sulfureuses ou à celles contenant du plomb ou du mercure ; il faut, au contraire, rejeter toutes celles contenant des alcalis, ainsi que la pâte sulfureuse de Zeissl, cette dernière renfermant du carbonate de potasse.

L'auteur termine en disant que les acides agissent, 1° comme cosmétiques, puisqu'ils transforment la couleur noire en une teinte brune et jaune et la détruisent ensuite peu à peu ; et 2° ils provoquent une desquamation plus forte de la couche cornée qui fait cesser l'adhérence des

comédons et met au jour les orifices glandulaires (*Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, tome 82, n° 1, 1880). A. D.

MYKOLOGISCHE BEITRAGE (CONTRIBUTIONS MYCOLOGIQUES),
par le Dr P.-G. UNNA.

(Suite et fin. Voy. page 134.)

IV. — Anatomie du *favus*.

Suivant Unna, dans les poils faviques, le bulbe pileux est toujours indemne de champignons. Il en est de même habituellement pour une partie un peu plus élevée de la substance compacte de l'écorce, à peu près au point à partir duquel la gaine interne de la racine est kératinisée dans toutes ses couches, par conséquent là où existent les deux gaines de Henley et de Huxley et où en même temps le cheveu proprement dit (moelle, écorce et cuticule) acquiert son calibre définitif. Là, au fond du follicule pileux, à la limite inférieure du troisième quart, le dépôt parasitaire cesse d'ordinaire assez rapidement, et, qu'on observe à un grossissement plus ou moins fort, le point d'arrêt est également net. Mais dans beaucoup de cheveux, cette limite se trouve déjà plus haut, jusque dans la dépression infundibuliforme du follicule pileux. Si, même à un faible grossissement, on voit si nettement la limite entre la portion saine et la portion malade du cheveu, cela tient aux modifications que la prolifération du champignon détermine dans la substance cornée. Les chaînes de gonidies enchevêtrent dans tous les sens les cellules cornées, il en résulte que non seulement le contour extérieur et lisse du cheveu disparaît mais que dans toute son épaisseur il apparaît, désagréé et dissocié. La gaine interne de la racine présente le même aspect dans la partie kératinisée et on rencontre rarement cet état jusqu'à la limite de la kératinisation. En général, la tige du cheveu avec sa cuticule, ainsi que la gaine interne et sa cuticule, sont modifiées à la même profondeur dans le follicule pileux, aussi est-il impossible de savoir si le champignon a pénétré séparément dans les deux ou si la gaine de la racine a infecté le cheveu ou si c'est le contraire. Certaines préparations montrent que ces trois cas peuvent se rencontrer. On trouve, par exemple, le tiers supérieur du cheveu malade, une zone plus profonde tout à fait libre et, plus profondément encore, une prolifération de champignons dans le cheveu, tandis que la gaine interne est malade dans toute son étendue. Dans ce cas, la source la plus prochaine de l'invasion plus profonde du champignon est

dans la gaine; par contre, on voit d'autres cheveux, dont la tige est atteinte d'une manière ininterrompue et la gaine interne seulement par places, qui n'admettent que l'explication inverse. Mais un fait certain, c'est que le champignon peut proliférer dans les deux d'une manière indépendante, puisque la maladie pénètre toujours plus profondément dans l'une des deux. D'autre part, on ne rencontre jamais de cheveux dans lesquels les foyers parasitaires sont isolés les uns des autres, soit dans le cheveu, soit dans la gaine, aussi Unna n'admet-il pas que des champignons puissent se frayer insensiblement une voie dans la profondeur sans altérer les cellules cornées. Par conséquent, contrairement à l'opinion de Hoffmann, l'auteur croit avec Kaposi que la cuticule oppose, en général, une résistance un peu plus grande à la pénétration du champignon que les cellules cornées de la gaine interne de la racine et de l'écorce du cheveu. Toutefois, on voit fréquemment la cuticule déchirée dans la profondeur du follicule pileux, toujours au niveau de sa dépression infundibuliforme où la migration du champignon se fait dans le cheveu à travers la cuticule, en partant de la couche environnante.

Mais sur un point essentiel, Unna est en opposition complète avec Kaposi, à propos de l'assertion suivante : « Il est probable que dans la majeure partie des cas, la prolifération partant du bulbe du cheveu où les cellules sont succulentes et relâchées, pénètre dans la substance après avoir suivi jusqu'alors une marche descendante entre les cellules des gaines de la racine. » (Voir Hebra et Kaposi, trad. Doyon.) Déjà Gudden et Wedl avaient émis une opinion opposée et prétendaient n'avoir jamais trouvé de champignons dans le bulbe du cheveu.

Sur 150 cheveux contigus, pris sur un morceau de peau atteint de favus, Unna en a trouvé environ 100 remplis de filaments parasitaires, aussi bien dans la tige que dans la gaine interne de la racine, tandis qu'il n'a jamais rencontré un seul filament dans le bulbe pileux de ces mêmes cheveux.

Le cheveu dont le dessin est reproduit par Kaposi est le siège d'une invasion extrêmement développée de favus, et ce cas (comme tous les cas extrêmes) est insuffisant pour appuyer l'opinion de Kaposi. Mais Unna ajoute, en outre que cette *théorie du détour* (c'est-à-dire cette marche qui part d'en bas, à travers les gaines de la racine, pour arriver dans la tige du cheveu), est encore sur un second point, en contradiction avec toutes ses préparations microscopiques. Il a trouvé, en effet, outre le bulbe du cheveu, la gaine externe de la racine tout entière complètement indemne de champignon (il en est de même pour l'épiderme de toute la couche dentelée).

On n'est d'ailleurs jamais assez heureux pour extraire ensemble la gaine externe et la gaine interne. Le dessin donné par Kaposi ne repré-

sente que la gaine interne tuméfiée. S'appuyant sur ses préparations, Unna rejette donc positivement la théorie du *détour*.

Quant à l'immunité (dont il vient d'être question) de la gaine externe, l'auteur n'a pas trouvé de véritables exceptions, de temps à autre des exceptions apparentes. Il s'agissait dans ces cas d'épaississements circonscrits de la gaine interne de la racine qui était tuméfiée par le champignon, aussi la gaine externe paraissait-elle resserrée et déviée en quelques points. Mais à un plus fort grossissement, on voyait que la gaine externe était intacte et seulement comprimée par la présence de dépôts dans la gaine interne.

Il en est ainsi, comme on le sait, pour l'épiderme : le champignon prolifère entre la couche cornée superficielle et la couche cornée inférieure, dans les couches moyennes relâchées. La dépression dans laquelle se trouve le godet favique est lisse, brillante, formée par l'épiderme déjà kératinisé. Les coupes faites par l'auteur montrent aussi les effets de la compression ; d'un côté il y a un aplatissement général, précoce, de toutes les cellules dentelées, de l'autre un faible développement, on pourrait même dire une absence de la couche granuleuse, tandis que la couche cornée inférieure, contenant des noyaux, est épaissie. L'auteur a déjà ramené à deux facteurs les modifications caractéristiques des couches de transition :

Augmentation de l'afflux de la lymphe du tissu et pression venue de l'extérieur. Partout le champignon évite les cellules relâchées, succulentes, et préfère les cellules kératinisées ; il passe de l'épiderme corné à la gaine interne kératinisée de la racine, de celle-ci à la cuticule, puis à la tige ; dans tout ce parcours, il ne rencontre aucun obstacle entre les cellules cornées, quelle que soit leur origine, et s'arrête, au contraire, devant la couche épineuse vivante de l'épiderme et devant la gaine externe de la racine et le bulbe du poil, comme devant un mur. Unna a constaté ces résultats des centaines de fois, quoique sur un nombre très limité de cas ; il croit qu'on peut appliquer ces conclusions à la pathologie du favus, en général, mais il est beaucoup plus réservé en ce qui concerne les altérations de la peau proprement dite.

V. — Thérapeutique.

Contre les éruptions généralisées de pityriasis versicolor et d'herpès tonsurant, l'auteur conseille, outre l'acide borique qui est un excellent moyen, l'acide acétique, les sels de plomb et d'alumine. On peut aussi avoir recours avec succès à des lotions avec du vinaigre étendu d'alcool ou au vinaigre pur. La pommade suivante, recommandée par Squire et Watthen :

Glycérine.	2
Huile d'olive.	3
Sous-acétate de plomb liquide.	3
Axonge de porc.	11

donne de très bons résultats, tant dans l'eczéma, en général, que dans les éruptions parasitaires, accompagnées d'un violent prurit et d'un eczéma papuleux léger, du creux de l'aisselle ou des surfaces de contact recouvertes de poils. En raison de sa faible consistance, il faut, quand on veut l'appliquer sur des parties glabres de la peau, y ajouter 10 à 30 grammes de bolus blanc pour 20 grammes de pommade.

On peut aussi la remplacer par la formule suivante :

Glycérine.	40 à 45 grammes.
Sous-acétate de plomb.	10 grammes.
Bol d'Arménie.	30 à 40 grammes.

Il est préférable de se servir de cette pommade pendant le jour, elle ne graisse pas le linge et on peut l'enlever facilement avec de l'eau pure.

L'acétate d'alumine doit être préféré dans quelques cas à l'acétate de plomb, il est beaucoup plus soluble que ce dernier. On peut, par exemple, appliquer pendant la nuit des compresses imbibées d'acétate d'alumine étendu et même pur dans l'herpès tonsurant. Sous son influence, on voit disparaître rapidement les éruptions eczémateuses produites par le grattage. Le jour, on aura recours aux pommades ci-dessus ou à un mélange d'acétate d'alumine liquide et de silicate de potasse (1 à 2 sur 2), que l'on préparera extemporanément, car les deux liquides se décomposent dès qu'ils sont en présence. Étendu sur la peau, il détermine une sensation de froid longtemps persistante, tandis que le silicate d'alumine se précipite sous forme d'une poudre fine, blanche.

L'auteur, comme d'ailleurs d'autres dermatologistes, a étudié les substances indigènes contenant de l'acide chrysophanique, quoiqu'on sache aujourd'hui que cet acide n'est nullement le principe actif de la poudre de Goa. Il a employé les préparations officinales de rhubarbe : l'extrait et la teinture aqueuse, le premier en pommade 1 sur 10, la seconde pure ou mélangée à la glycérine à parties égales. Mais suffisantes contre les affections parasitaires légères, ces préparations sont bien inférieures à la poudre de Goa dans le psoriasis et le sycosis. L'auteur les a abandonnées et emploie seulement le savon de rhubarbe. Il fait préparer avec la racine de rhubarbe un extrait alcalin et alcoolique contenant la plus grande proportion possible d'acide chrysophanique. On saponifie ensuite cet extrait avec une plus ou moins grande quantité d'huile de ricin et on ajoute ce savon concentré dans un bon savon de glycérine neutre. Ce

savon est brun foncé. Dès la première application, il fait cesser les nouvelles éruptions parasitaires et, par conséquent, la démangeaison. Dans ces derniers temps, l'auteur a fait préparer ce savon de manière à ce que l'extrait alcalin, au lieu d'être saponifié, soit neutralisé par l'acide acétique. Ce savon contient de l'acétate d'ammoniaque, il a une couleur plus rouge et plus claire que celui préparé sans acide acétique. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1880, nos 2 et 3.)

A. D.

FURUNCULOSIS NACH INNERLICHEN GEBRAUCH VON CONDURANGO (FURONCULOSE SURVENUE APRÈS L'USAGE INTERNE DU CONDURANGO), par le Dr GUNTZ.

On a conseillé, il y a quelques années, l'usage interne de l'écorce de condurango contre les affections cancéreuses et syphilitiques, en s'appuyant sur la réputation dont ce médicament jouit chez certains peuples. L'auteur avait été amené à l'essayer en raison de l'efficacité qu'on lui attribuait contre les engorgements torpides des glandes; mais il résulte de ses recherches que le condurango n'a pas d'autre action que celle des autres bois sudorifiques, il agit simplement comme un adjuvant du traitement spécifique.

Il l'a prescrit sous forme de décoction : 100 grammes de condurango dans 600 grammes d'eau jusqu'à réduction à 500 grammes, cette dose était prise en deux jours pendant deux ou trois semaines. Il a vu survenir plusieurs fois (environ 20 sur 1,000) des éruptions pustuleuses et même de nombreux furoncles, consécutivement à son emploi; dans quelques cas, il s'est produit une acné aiguë de la face.

Toutefois, dit le Dr Güntz, on ne doit pas attribuer à ces éruptions furoncleuses d'autre importance que celle des manifestations de même nature que l'on observe à la suite de l'usage de certains aliments, du cidre, chez les personnes qui n'y sont pas accoutumées, ou du vin pris à dose élevée par les individus qui ne boivent habituellement que de la bière. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1880, nos 2 et 3.)

A. D.

ZUR BEHANDLUNG DES LUPUS. (CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DU LUPUS), par
le Dr E. SCHIFF.

Dès 1876, le professeur Auspitz, dans un mémoire important « sur le traitement mécanique des maladies de la peau », traduit *in extenso* dans la 1^{re} série de ces *Annales*, indiquait un nouveau mode de traitement des nodosités lueuses. Il consistait à introduire dans chaque nodule une aiguille conique trempée dans de la glycérine iodée (1 pour 20). Ce traitement, préférable au crayon taillé en pointe et employé de la même manière par d'autres auteurs, présente cependant, suivant le Dr Schiff, quelques *desiderata* ; notamment quand on enfonce l'aiguille le liquide reste nécessairement à la surface de la nodosité, et par conséquent ne pénètre pas en quantité suffisante dans la piqûre. Pour tâcher d'éviter cet inconvénient, l'auteur ajoute une petite pipette en gomme, avec une courte aiguille à injection, qui permet de faire l'injection au moment où on enfonce l'aiguille.

L'auteur rapporte ensuite cinq observations recueillies à la polyclinique de Vienne :

1^o Jeune fille de 18 ans, scrofuleuse dans l'enfance, plus tard chlorose. Sur l'avant-bras gauche un infiltrat lueux, non exulcéré, du volume d'un œuf. Deux fois par semaine on emploie le traitement ci-dessus (ponction et injection), dans l'intervalle application d'emplâtre hydrargyrique. Le traitement dura trois mois ; après ce temps toutes les nodosités lueuses avaient disparu : la peau malade était revenue au niveau des parties cutanées voisines et présentait un aspect blanc, brillant, cicatriciel. Un an après il n'était pas survenu de récédive.

2^o Enfant de 10 ans : lupus exulcérant existant depuis plusieurs années sur la face dorsale de la main gauche. Cette plaque, de la grosseur d'une pomme, est formée par du tissu de granulation très proliférant recouvert çà et là d'un épiderme épaissi, verruciforme, alternant avec des ulcères croûtés et des nodosités rouges se produisant nouvellement sur du tissu de cicatrice. Dégénérescence lueuse analogue sur la face interne de l'avant-bras gauche. Même traitement. Au bout de deux mois, guérison complète du lupus de l'avant-bras, amélioration notable de la plaque du dos de la main, au point que tous les ulcères sont cicatrisés, la prolifération aplatie ; il reste seulement quelques nodosités justiciables du traitement.

3^o Jeune homme de 23 ans. Tous les orteils du pied droit sont envahis par un lupus hypertrophique frambœsiforme. Traitement : injection de

glycérine iodée et emplâtre hydrargyrique. Au bout de trois mois, sur les points malades, la peau était unie, souple. Pas de récurrence après un an et demi.

4° Jeune fille de 38 ans : lupus érythémateux des deux joues et de la face dorsale du nez. Le nez et la joue gauche sont traités par les injections de glycérine iodée, la joue droite par la pommade pyrogallique (1 pour 40). Le lupus, traité par l'iode et la glycérine a disparu presque complètement ; sur la joue droite, l'affection fut réduite aux dimensions d'une noisette. Il survint une légère récurrence au bout d'un an, depuis on a repris le traitement par les piqûres ;

5° Enfant de 11 ans. Les deux joues, la moitié inférieure du nez, une partie de la lèvre supérieure et du menton sont envahies par un lupus exulcérant. Tissu de cicatrice principalement sur la joue droite par guérison spontanée. La partie inférieure du cartilage nasal et de la cloison est détruite. La maladie existe depuis plusieurs années. Traitement : chaque jour, injection de glycérine iodée. Au bout de peu de jours, amélioration notable. La joue droite est complètement guérie ; sur la joue gauche, au menton, et à la lèvre supérieure, il ne reste plus que quelques nodosités disséminées.

Dans certains cas de lupus, cette méthode de traitement pourra être employée avec avantage. Nous croyons toutefois que la seringue de Pravaz serait préférable à l'aiguille et à la pipette. Le même instrument répondrait parfaitement aux deux indications.

Ce procédé ne saurait remplacer les scarifications linéaires, qui donnent des résultats plus complets, sinon plus rapides. Cette dernière méthode nous paraît mettre aussi plus à l'abri des récurrences, en modifiant la vitalité des tissus dans une étendue plus considérable. La question des récurrences est loin, du reste, d'être encore élucidée, et c'est surtout à ce point de vue qu'on doit juger de la valeur des différents traitements institués contre le lupus. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1880, n° 2 et 3.)

UEBER BEHANDLUNG DER PSORIASIS (CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DU PSORIASIS), par le Dr LANG.

On sait que l'auteur admet la nature parasitaire du psoriasis ; des germes arrivent très probablement sur la peau et restent adhérents sur les surfaces rugueuses et inégales, ils se fixent aussi plus facilement chez les

sujets dont les dispositions individuelles peuvent favoriser leur développement.

Partant de ces idées, l'auteur a depuis longtemps proposé un traitement antiparasitaire, et les observations suivantes tendent à démontrer que si l'on n'arrive pas ainsi à un résultat définitif, on obtient du moins une guérison qui se maintient beaucoup plus longtemps, quand la médication a été poursuivie avec énergie et persévérance, qu'avec les autres procédés.

Il importe de continuer le traitement jusqu'à ce que le psoriasis ait complètement disparu. Toutes les observations recueillies par l'auteur se rapportent à des malades qu'il a eu l'occasion d'examiner après leur guérison. Il y a là deux difficultés à vaincre : il est en général difficile de déterminer les psoriasiques à rester à l'hôpital jusqu'à la disparition complète des dernières traces de leur affection ; d'autre part, il n'est pas toujours facile de rejoindre ceux qui ont quitté l'hôpital après leur guérison.

I. — Homme de 47 ans, célibataire, entre à l'hôpital le 25 février 1874. Psoriasis généralisé ayant envahi le cuir chevelu, le tronc, les parties génitales, les membres supérieurs et inférieurs. Les dimensions des plaques varient de celles d'une lentille à celles de la paume des mains. La maladie a débuté il y a un an sur le cuir chevelu, et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'elle s'est étendue au reste du corps, à l'exception des surfaces palmaires et plantaires et du creux des jarrets. On prescrit deux bains par jour, friction dans le bain avec du savon vert, puis onctions avec de l'huile phéniquée (1 sur 60) et séjour de 1 à 2 heures dans des couvertures de laine après chaque friction huileuse. Au mois d'avril il ne reste plus trace de psoriasis. Le 6 mai 1874, le malade sort de l'hôpital. Peu après sa sortie on lui fait appliquer de l'huile phéniquée sur la tête en raison de la formation de nouvelles squames ; au bout de quelques semaines, il ne se produit plus rien, et dans la suite on n'a point constaté d'efflorescences psoriasiques. Le 20 juillet 1879, l'auteur a eu l'occasion d'examiner ce malade, pas de trace de psoriasis ; depuis plus de 5 ans, rien n'a reparu.

II. — Chez une fille de 27 ans (parents, frères et sœurs n'ayant jamais eu d'affection de la peau), il est survenu il y a 3 ans sur les bras de petites papules prurigineuses qui se sont ensuite développées sur la plus grande partie du corps. Sous l'influence d'une pommade quelconque il se produisit une amélioration. Il y a 6 ou 8 semaines, l'éruption se réveilla et envahit le tégument malgré l'application d'une nouvelle pommade. Elle entre à l'hôpital le 4 février 1875. Psoriasis du cuir chevelu, du tronc, des membres et même de la paume des mains et de la plante des pieds. Psoriasis ponctué et discoïde sur le tronc, gyroïde dans le voisinage des parties génitales, et diffus au niveau des coudes. Jusqu'au 5 mai, même traitement que dans le cas précédent, on prescrit de plus des pilules d'arsenic, que l'on remplace, à partir du 15 mars, par l'usage interne de l'acide salicylique. En avril, il survint une nouvelle poussée. En raison de la persistance des efflorescences primitives, on remplace, à partir du 5 mai, les frictions d'huile phé-

niquée par du goudron, qui amène une régression plus rapide de l'éruption. Le 22 mai 1875 on cesse tout traitement. On examine cette malade en avril 1878, et on constate que le psoriasis ne s'est pas reproduit, aucune trace d'éruption. Au bout de 3 ans pas de récurrence. Le 14 novembre 1880, le professeur Lang a revu la malade et a trouvé sur le cuir chevelu et les membres des efflorescences de psoriasis, dont l'apparition remontait à deux mois.

III. — Il s'agit d'un enfant de 13 ans, qui, le 18 octobre 1877, entre à l'hôpital pour un psoriasis guttata nummulaire et annulaire du tronc et des membres. Le début de l'éruption remonte à 5 semaines. Pas d'antécédents héréditaires. Traitement : chaque jour un bain dans lequel on frictionne le malade avec du savon mou jusqu'à ce que les efflorescences deviennent sanguinolentes ; puis onction avec de l'huile phéniquée à 2 0/0 et enveloppement pendant plusieurs heures dans des couvertures de laine. Le 24 novembre toutes les efflorescences ont disparu sauf quelques traces encore visibles au bras gauche. Le 3 décembre il ne reste plus rien ; on supprime les onctions phéniquées, toutefois on continue encore les bains. Le 23 décembre et le 2 janvier il survient au bras et sur la face dorsale de la main du côté gauche quelques plaques rouges que l'on frotte par précaution avec de l'huile phéniquée, et à partir du 20 janvier, on les recouvre pendant quelques jours d'un emplâtre phéniqué. Le 8 mars 1878, le malade cesse tout traitement. Le professeur Lang a eu l'occasion d'examiner ce garçon à plusieurs reprises, la dernière fois le 2 novembre 1880, — donc au bout de 2 ans et 9 mois, — aucune trace de psoriasis.

IV. — Homme de 38 ans, entré à l'hôpital le 28 décembre 1877, pour un psoriasis qui occupe les jambes et les avant-bras dans toute leur étendue, sous forme d'une espèce de cuirasse squameuse ; les bras, les cuisses, le tronc, la nuque et le cuir chevelu sont le siège d'efflorescences punctiformes et nummulaires, isolées ou confluentes ; le cou et la face sont indemnes. Rien du côté de l'hérédité. Le début de la maladie remonte au mois de juillet 1877. Traitement comme dans le cas précédent, seulement on emploie de l'huile phéniquée à 3 0/0 au lieu de 2 0/0. A partir du 29 décembre, amélioration graduelle. Au milieu de janvier, on constate encore quelques traces de psoriasis, le 8 février tout a disparu ; on continue néanmoins le traitement. Le 13 février et le 2 mars on racle avec la curette quelques petits points rouges douteux. A partir du 29 mars, — malgré l'absence de tout symptôme, — on remplace l'huile phéniquée par des frictions avec une pommade phéniquée à 8 0/0 ; le 15 avril 1878 le malade quitte l'hôpital. Le 18 octobre 1880 il se présente de nouveau à la clinique avec une éruption psoriasique disséminée sur les avant-bras, les jambes et le tronc. Cette poussée remonte à 3 ou 4 semaines, jusqu'à ce moment, le malade n'avait rien remarqué.

V. — Jeune fille de 20 ans. Elle entre à l'hôpital pour un psoriasis dont le début remonte à deux mois, il a son siège aux coudes, aux genoux, aux grandes lèvres, sur le tronc et le cuir chevelu. Deux bains par jour avec frictions énergiques de savon mou, puis onctions avec l'huile phéniquée à 2 0/0, et enveloppement pendant quelques heures dans des couvertures de laine ; à l'intérieur on prescrit du fer pour régulariser les époques. L'éruption disparaissant très lentement, on emploie, à partir du 17 janvier, l'huile phéniquée à 3 0/0. Le 1^{er} février on racle quelques efflorescences et le 10 mars on remplace l'huile phéniquée par la pommade suivante :

Axonge.....	100
Acide phénique.....	4
Précipité.....	10

Au bout de 15 jours, on est obligé de la suspendre par suite d'une stomatite; iodure de potassium. Le 10 avril, la stomatite est guérie, on cesse l'iodure; chaque jour bain sulfureux et onction avec la pommade phéniquée. Enfin, les efflorescences disparaissent d'une manière appréciable, toutefois, pour rendre leur macération plus rapide, à partir du 15 avril, toutes les deux nuits enveloppement caoutchouté; on racle en outre quelques plaques. Le 15 mai, la guérison n'est pas encore complète; pommade chrysophanique (4 sur 20). Le 19 mai, la malade est atteinte de variole, interruption du traitement jusqu'au 13 juin; il ne reste plus de psoriasis qu'aux genoux et aux coudes, pommade à l'acide chrysophanique. Le 22 juin 1878, la malade quitte l'hôpital; bien que la guérison ne soit pas encore complète. Elle vient à la consultation et pendant ce temps il se produit quelques poussées. Le 10 mai 1879, elle entre à la clinique du professeur Zang pour une endométrite; à ce moment les genoux, les coudes, le cuir chevelu sont le siège d'efflorescences psoriasiques, il en existe également quelques-unes sur le tronc. Au bout de 15 jours, les phénomènes endométriques ayant disparu, on reprend le traitement. Bains suivis de frictions avec la pommade chrysophanique (sur le cuir chevelu, pommade au styrax 4 pour 5). A la fin de juillet, la guérison paraissait complète; seulement à la tête, aux coudes et aux genoux, desquamation épidermique, toutefois sans caractère psoriasique; on met la malade en observation et comme il ne se produit rien, elle quitte l'hôpital le 24 septembre 1879. L'auteur a eu très souvent l'occasion de revoir cette malade, le cuir chevelu, le genou gauche et les deux coudes étaient toujours le siège d'une desquamation qui avait encore augmenté, mais nulle part on ne constatait de véritables efflorescences psoriasiques; le 25 octobre 1880, l'état est toujours exactement le même.

VI. — Un tisserand, âgé de 24 ans, entre à l'hôpital le 25 décembre 1877, pour un psoriasis guttata qui, à l'exception des mains, des pieds et de la face, a envahi tout le tégument. Rien dans la famille. La maladie avait débuté un mois auparavant, dans la région inguinale. Le 18 janvier, on le soumet au traitement suivant: bains, frictions, onctions avec l'huile phéniquée à 2 0/0 et enveloppement dans des couvertures de laine. Jusqu'au 2 février, la régression des plaques squameuses fut rapide; pour accélérer la guérison on porte la proportion de l'acide phénique à 3 0/0. Le 3 mars, il se produit quelques symptômes d'intoxication: anorexie, céphalalgie, couleur verdâtre de l'urine, fièvre modérée. On cesse le traitement phéniqué et on prescrit l'usage de la limonade sulfurique; entre les deux le malade avait pris du salicylate de soude. Contre le psoriasis, qui ne présentait plus qu'un point douteux, on ordonne les bains sulfureux et à partir du 31 mars, l'enveloppement caoutchouté pendant la nuit. On le supprime le 16 avril, et à partir de ce moment on fait prendre deux bains sulfureux chaque jour. Depuis mars, pas de nouvelles poussées; à partir du 3 mai un seul bain sulfureux par jour et le 16 de ce même mois 1878, on cesse tout traitement. L'auteur a revu souvent ce malade, la dernière fois le 4 novembre 1880, deux ans et demi après sa sortie de l'hôpital, il ne présentait aucune trace de psoriasis.

VII. — Le 19 février 1878, entre à l'hôpital un homme de 46 ans, atteint de psoriasis du cuir chevelu, et qui présentait en outre des plaques de même

nature passablement épaisses au niveau des régions inguinale et axillaire sur les autres parties du corps des plaques isolées et de formes variées. La maladie a débuté il y a un an sur le cuir chevelu. Bains sulfureux avec frictions, puis onctions avec la pommade phéniquée à 8 0/0 et enveloppement dans des couvertures de laine. Amélioration rapide. A partir du 19 mars, toutes les deux nuits enveloppement caoutchouté, en même temps on racle quelques efflorescences. Le malade quitte l'hôpital le 7 mai 1878; un an et demi après, c'est-à-dire le 20 octobre 1879, il était toujours complètement indemne de psoriasis. Cet homme est mort, au mois de mars 1880, d'un cancer de l'estomac et d'une phthisie pulmonaire.

VIII. — Homme de 38 ans, boulanger, entre à l'hôpital le 13 avril 1878, pour un psoriasis qui a débuté il y a 5 ou 6 ans, au cuir chevelu et aux jambes. Actuellement, plaques psoriasiques disséminées sur le corps et confluentes sur le cuir chevelu. Bain sulfureux chaque jour, tous les deux jours frictions avec une pommade phéniquée (acide phénique 1, craie 2, onguent simple 10), enveloppement dans des couvertures de laine. Le 22 juin, pommade chrysophanique; le 15 juillet le malade part complètement guéri, il doit continuer les bains sulfureux. Le 7 décembre 1879, l'auteur revoit le malade, il est de nouveau recouvert d'efflorescences psoriasiques, qui ont dû se produire peu de temps après sa sortie de l'hôpital. Le 19 mai 1880, le malade est de nouveau admis. Le temps seul apprendra si le traitement qui a été continué jusqu'au 1^{er} août sera suivi d'un résultat durable.

IX. — Il s'agit dans ce cas d'une femme de 50 ans, traitée sans succès depuis 7 ans d'un psoriasis. Elle vient à la consultation gratuite, l'affection est caractérisée par de larges plaques sur les membres et de petites efflorescences sur le corps. A partir du 17 juillet 1878, chaque jour bain sulfureux avec frictions de savon mou, puis applications de pommade à l'acide chrysophanique. Plus tard, bain tous les deux jours, mais chaque jour onction avec la pommade. Dans le milieu de novembre, on cesse la pommade et on se borne à prescrire un bain par semaine. La malade que l'auteur a eu de fréquentes occasions d'examiner n'a plus éprouvé de poussées psoriasiques et le 25 octobre 1879, un an plus tard, la peau présente partout son état normal. Au milieu de juillet de l'année suivante, cette femme amène à la clinique sa fille qui est atteinte d'un psoriasis généralisé. La mère a sur le genou droit une efflorescence très caractéristique de psoriasis de la dimension d'un bouton de chemise, on prescrit immédiatement le traitement approprié.

Dans deux cas (V et VIII), on n'a jusqu'à présent aucun résultat à noter. Dans un cas (IV), la guérison a persisté deux ans et demi, et le psoriasis n'est revenu qu'après ce laps de temps; toutefois il est possible, comme dans ce cas on n'a pas fait d'examen médical, que le malade ait laissé passer inaperçue une efflorescence insignifiante et qu'il faille rapporter à une date plus ancienne le retour du psoriasis.

Dans un cas (IX), l'éruption s'est reproduite au bout d'un an; dans un autre (II), après plus de trois ans.

Dans quatre cas, il n'y a pas encore eu de rechute, autrement dit la peau a été trouvée indemne de psoriasis: une fois (VII), après un an et demi; une autre fois (VI), après deux ans et demi; après deux ans et neuf mois (III); et après cinq ans (I).

L'auteur croit que, avec sa méthode de traitement, on arrivera à des résultats plus satisfaisants dans le traitement du psoriasis qu'avec les autres procédés usités jusqu'à présent. On sait qu'un des problèmes les plus ardu de la dermatologie est d'obtenir une guérison durable du psoriasis; la meilleure manière de résoudre ce difficile problème, c'est d'avoir recours à une médication antiparasitaire poursuivie avec persévérance; ainsi traité, le psoriasis cessera d'être une affection incurable.

Voici quelles sont les règles du traitement préconisé par le professeur Lang: dans les psoriasis occupant de larges surfaces, on détache les masses squameuses à l'aide de bains simples ou sulfureux et de frictions de savon mou; puis des onctions avec l'huile phéniquée à 2 0/0, et l'enveloppement dans des couvertures de laine (ou vêtements et bonnet de flanelle) suffisent, dans la plupart des cas, à amener au bout de quelques jours la régression de toutes les efflorescences. Si le dépôt squameux a disparu ou bien a diminué notablement, on abrègera sensiblement la durée de la maladie par des applications de pommade à l'acide chrysophanique (1 pour 10 ou 15); pendant l'emploi de cette pommade, il faut diminuer le nombre des bains. On peut remplacer l'acide chrysophanique par l'acide pyrogallique (1 sur 10 de vaseline), bien que l'action de ce dernier médicament ne soit pas aussi rapide.

Il faut continuer cette médication pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce que toute trace de psoriasis ait disparu. Autant que possible, il importe de tenir le malade en observation, pour pouvoir traiter immédiatement toute efflorescence douteuse ou caractéristique de psoriasis et empêcher la récurrence de la maladie, — comme on le fait pour le favus.

Il en est ici comme pour les autres mycoses: ce n'est pas le remède, mais le *modus faciendi* qui conduit au résultat.

En général, dans toutes les dermatoses de nature mycosique, l'expérience montre que leur développement est favorisé par une disposition individuelle, cela est surtout vrai pour le psoriasis. On ne possède malheureusement encore aucun remède interne qui puisse faire disparaître complètement cette prédisposition.

L'arsenic et l'acide phénique, administrés à l'intérieur, font pâlir les efflorescences psoriasiques; mais comme il est certain que leur action tient à ce que ces remèdes se trouvent en contact direct avec les efflorescences par l'intermédiaire du sang et des liquides qui baignent les tissus, il paraît plus rationnel d'avoir recours, dans ce cas, au traitement externe.

L'auteur termine en signalant une nouvelle préparation, l'acide *rufigalique*, sur laquelle le professeur de Barth avait, depuis longtemps, appelé son attention. C'est un remède très efficace contre le psoriasis, appliqué sur la face et au cuir chevelu; il n'a pas, comme l'acide chrysophanique,

l'inconvénient de provoquer des inflammations vives de la conjonctive. L'acide rufigallique (*rufigallus* $C_{14}, H_8 O_8$) est peu soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther; dans les alcalis il se dissout avec une coloration brune. C'est une matière colorante, rouge; obtenue, ajouterons-nous, par l'action de l'acide sulfurique à chaud sur l'acide gallique, *inerte, insipide* et insoluble.

Le Dr Lang l'a employé sous forme de pommade (1 sur 10), préparée en y ajoutant un peu d'huile. C'est une préparation « très efficace ». (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, n° 4, 1880.) A. D.

EIN FALL VON LEPRO (OBSERVATION DE LÈPRE), par le Dr BREUER.

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, de Jérusalem, entré à l'hôpital, le 4 juin 1880. Il est malade depuis dix ans, marié depuis douze et père de trois enfants bien portants; un quatrième est mort, à peine âgé d'un an, de la variole. Parents et grands parents en bonne santé. Il raconte qu'il y a dix ans, après une nuit d'hiver passée dans une forêt, il eut tellement froid, qu'il se précipita dans une cabane, dont la température était élevée, pour se réchauffer les mains et les pieds.

Il survint des bulles (bulles de pemphigus, pemphigus lépreux) aux doigts et aux orteils. Elles laissaient écouler un liquide ténu, séreux et jaunâtre, le chorion était à nu. Plus tard, il se produisit sur le dos des nodosités qui disparurent. Traité, sans succès, pendant plusieurs années, il se décida à venir à Vienne.

A son entrée, le malade présente l'état suivant :

Il est de constitution forte et osseuse. La face a une teinte cachectique. Les muqueuses buccale et pharyngienne sont décolorées. Parésie légère des deux nerfs faciaux, à la suite de laquelle, surtout du côté gauche, les paupières ne peuvent pas se fermer complètement. Le nez est déprimé par suite de la destruction de la cloison. Nodosités sur la muqueuse nasale. Sur le bulbe gauche on voit une nodosité de la grosseur d'une petite noix, à surface ulcérée, fongueuse, traversée de vaisseaux. Cette nodosité occupe la partie externe, inférieure du bulbe, de sorte que ni la cornée, ni la sclérotique ne sont plus visibles, à l'exception de la partie supérieure interne. La portion libre de la cornée est trouble, traversée de petits vaisseaux qu'on peut suivre à partir de la nodosité (pannus lépreux). Sur le bulbe, du côté droit, en partant de la conjonctive bulbaire, on voit, se dirigeant vers le limbe de la cornée, un faisceau vasculaire en forme de triangle. Sur le limbe même, il existe une saillie qui paraît être le début d'une nodosité. Sur l'œil droit, lésions analogues à celles d'une conjonctivite lymphatique. Sur la joue, ainsi que sur le front, nodosités rénitentes de la grosseur d'une noisette. Les sourcils et les cils, notamment à gauche, manquent, surtout dans le voisinage du nez; sur le cuir chevelu, pas de trace de calvitie, ni de nodosités. Au tronc, particulièrement au dos, petits points blanchâtres,

mais pas de nodosités. Sur les membres supérieurs et inférieurs, petites nodosités sous-cutanées, dures, de la grosseur d'une lentille, très sensibles à la pression. Au voisinage des articulations des mains et des pieds, nodosités de la grosseur d'une noix, brillantes, dures, saillantes, comme recouvertes de laque, confluentes et d'une coloration rouge grisâtre. Au niveau du coude, ulcération à bords durs, arrondie, cratériforme; sa base est luisante, blanchâtre et au-dessous on aperçoit les extrémités osseuses dans les mouvements articulaires. On trouve, placées d'une manière symétrique, sur le siège et au niveau des trochanters, des ulcérations semblables mais moins profondes, et tout à fait superficielles. A la plante des pieds, rhagades profondes et sanguinolentes. Au niveau des articulations des genoux, la peau, sur de grandes surfaces, est amincie et d'un blanc brillant. Sur la rotule droite, la peau sur un espace circulaire de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, est plissée, blanc brillant au centre, brun rougeâtre à la périphérie. Sur la rotule gauche, on observe des lésions analogues, seulement au centre la peau présente une coloration rougeâtre. Sur les membres inférieurs les poils ont entièrement disparu; desquamation épidermique furfuracée. Les doigts et les orteils sont rétractés, mutilés, écartés les uns des autres; par suite de la destruction de la seconde phalange, la première adhère à la troisième. Les dernières phalanges sont terminées en forme de massue; les ongles ne sont représentés que par de légères dépressions. Les mains et les pieds sont lourds, difformes, œdémateux; la marche ainsi que la préhension sont très difficiles.

Sur le palais, il existe un groupe de nodosités dures, qui rappellent des stalactites. La luette, les arcs du palais et la paroi pharyngienne postérieure sont complètement déformés et dévastés par des rétractions cicatricielles, il en résulte un aspect semblable à celui du rhinosclérome. Nodosités exulcérées sur l'épiglotte, de sorte que les mouvements d'élévation et d'abaissement sont très difficiles; épaississement noueux de la corde vocale droite, ce qui rend la voix aiguë et enrouée. Rien d'anormal du côté du cœur, des poumons et des reins. L'urine est acide, jaune foncé; pas d'éléments anormaux, poids spécifique 1016, pas d'albumine; chlorures alcalins et acide sulfurique en proportion normale, urée 16,94 pour 1000 cc., acide urique 0,6748 pour 1800 cc.

Les testicules plus petits et un peu plus durs qu'à l'état normal. Les ganglions lymphatiques, surtout ceux de l'aîne, sont tuméfiés et douloureux à la pression.

Examen par les courants constants et d'induction : les régions innervées par l'oculaire moteur commun ne réagissent à aucun de ces courants. Aux membres supérieurs, contractions rapides, moins promptes aux membres inférieurs, spécialement pour le tibia antérieur et le péronier. Les muscles jumeaux, surtout à droite et en bas, ne réagissent pas du tout; si l'on y enfonce une longue aiguille, le malade n'en a pas conscience. Par contre, les réflexes tendineux et notamment le réflexe rotulien sont excessivement accusés au moindre contact.

En somme, légère diminution de la sensibilité cutanée, d'autant plus prononcée qu'on se rapproche des plaques blanchâtres au centre desquelles elle cesse tout à fait. Le poids du malade est de 46 kil. 5. Décoction de Zittmann et pansement des parties ulcérées avec l'emplâtre hydrargyrique.

Le 8 juillet, on enlève la nodosité qui se trouve sur la conjonctive bulbaire; elle est constituée par des cellules arrondies, fusiformes ou étoilées, entre

lesquelles on trouve quelques fibres de tissu conjonctif (débris du tissu primitif). Ces cellules ont un diamètre variant entre 0,022 millimètres à 0,04 millimètres. A un premier examen, le sang du malade, examiné au microscope, ne présentait pas d'élément anormal; un examen ultérieur révéla la présence de corps microscopiques en petit nombre, en forme de bâtonnets (bacilles), dont la longueur correspondait à la troisième partie du diamètre d'un corpuscule rouge normal du sang. On ne trouva pas de formes doubles ni agrégées.

Selon le professeur Frisch, ces bacilles ne seraient pas identiques à celles que Hansen a trouvées dans le sang des lépreux.

18 juillet, on pèse de nouveau le malade: 50 kil. 2.

Le 23 août, le malade pèse 52 kilogrammes. Quelques tubercules des joues, après s'être exulcérés superficiellement, ont disparu d'une manière complète, en laissant une cicatrice brun rougeâtre. Deux petites nodosités dures, de la grosseur d'un grain de chènevis, sont survenues sur la paupière supérieure gauche. La nodosité de la conjonctive bulbaire est récidivée, mais elle n'a pas encore atteint son volume primitif. L'ulcère, au niveau du coude droit, s'est rétréci, toutefois il arrive encore jusqu'au niveau de l'articulation. Les ulcérations du siège et des trochanters sont presque entièrement guéries. On renvoie le malade dans son pays.

Cette observation présente les particularités suivantes :

1° Jusqu'à ce jour, on n'avait jamais constaté sur la conjonctive bulbaire de tubercule aussi volumineux. Sylvester, de Bombay, a observé deux cas analogues; chez l'un, on voyait, sur la bulbe gauche, une nodosité de la grosseur d'un pois, et chez l'autre, la nodosité formait sur la cornée une espèce de staphylome, cet auteur n'indique pas leurs proportions d'une manière plus exacte.

2° Système nerveux. Les parties anesthésiées de la peau, surtout celles au niveau des genoux, offrent un intérêt clinique spécial. La surface cutanée tout entière était le siège d'une légère anesthésie, elle ne devenait sensible qu'à une irritation un peu forte, sauf au niveau de la rotule droite qui était absolument insensible. Il s'agissait là d'un cas de lèpre tubéreuse. L'anesthésie s'explique par la présence dans la moelle de nodosités lépreuses; la lésion des nerfs, à leur point de départ, rend la peau anesthésique. Steudener a appelé l'attention sur l'épaississement des vaisseaux et la dégénérescence colloïde de la moelle. Pour Durand-Fardel, la lèpre est caractérisée par une lésion centrale de nature scléreuse dont le siège est dans les cordons médullaires postérieurs. Tschiriew a, dans ces derniers temps, constaté les lésions suivantes: dans le canal médullaire central, cellules lymphatiques arrondies en très grand nombre, surtout dans la substance gélatineuse des cornes postérieures, état congestif des veines de la moelle dorsale, petites hémorragies dans les parties antérieures de la corne postérieure gauche, corpuscules rouges du sang extravasés dans les fentes de la substance grise, racines

des nerfs, spécialement les racines postérieures, légèrement épaissies. Mais comment expliquer l'anesthésie locale ?

Les nodosités cutanées envahissent aussi, selon le Dr Breuer, les extrémités périphériques des nerfs cutanés ; il existe toujours des nodosités lépreuses dans les gaines des nerfs, ce qui arrête leur conductibilité. Il en résulte l'anesthésie locale de la peau ; le cas ci-dessus représente une forme mixte de lèpre tubéreuse et de lèpre anesthésique. Hansen a remarqué que la lèpre tubéreuse devient anesthésique avec le temps, si la maladie dure assez longtemps. Selon Bergmann, on trouverait dans les nerfs périphériques, des néoplasmes lépreux déposés dans les fibres nerveuses et les faisceaux fibreux. Comme conséquence, l'auteur a signalé la sécheresse de la peau et son abaissement de température.

Steudener, Durand-Fardel et Tschiriew ont encore trouvé dans des cas analogues une dégénérescence cellulaire des cornes postérieures de la moelle, ce qui permet d'expliquer pourquoi, dans ce cas, certains muscles ne réagissaient pas sous l'influence du courant électrique.

Au point de vue de l'étiologie, l'auteur fait remarquer que rien, chez son malade, n'indique une transmission de la lèpre, tant par les ascendants que chez les descendants. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1880, n° 4.)

A. D.

UEBER ERBLICHE ICHTHYOSIS PALMARIS UND PLANTARIS CORNEA (CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ICHTHYOSE HÉRÉDITAIRE PALMAIRE ET PLANTAIRE CORNÉE), par le Dr Thost. (*Dissert. inaug.*, Heidelberg, 1880.)

S'il est une dermatose — nous devrions plutôt dire une difformité de la peau — dont l'hérédité soit incontestable, c'est à coup sûr l'ichthyose. Pour bien montrer à quel point cette transmission est positive, un des dermatologistes les plus autorisés de notre temps, M. le professeur Hardy, a dit qu'en présence d'un enfant atteint de lésions ichthyosiques, si l'on n'en retrouve pas la trace chez les ascendants, on n'a à choisir qu'entre deux partis : soupçonner une immixtion étrangère ou erreur de diagnostic.

Sans aller aussi loin que notre savant maître, nous croyons que l'hérédité joue un rôle capital dans la genèse de l'ichthyose.

L'instructive histoire de la famille qui fait le sujet de la thèse du Dr Thost en est une nouvelle et frappante démonstration.

Il est question dans cette thèse d'une famille dans laquelle l'auteur a eu l'occasion d'observer l'ichthyose chez quatre générations. Le père qui

était atteint de cette forme d'ichthyose eut cinq garçons qui héritèrent de cette maladie, tandis qu'un garçon et une fille restèrent indemnes. L'un des ichthyosiques eut cinq enfants, dont trois furent de nouveau atteints, un garçon et une fille restèrent sains ; un de ses frères eut cinq garçons et trois filles ; sur ce nombre, quatre garçons et deux filles devinrent malades. L'une de ces dernières accoucha de quatre enfants sur lesquels trois filles héritèrent de l'ichthyose, le garçon conserva, au contraire une peau normale. Sur ces dix-sept cas dans lesquels le sexe n'a pas présenté de disposition différente, le Dr Thost en décrit huit qu'il a eu l'occasion d'examiner. Chez tous ces malades, le premier symptôme qui se produisit dans les premières semaines après la naissance, fut une rudesse de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds. Avec l'âge, cette affection augmenta, car l'épiderme se détachait toujours plus souvent en gros lambeaux jusqu'à ce qu'enfin, à l'âge de quatorze ans, il fut complètement développé. A ce moment, la sécrétion sudorale avait de la tendance à s'accroître d'une manière notable, notamment au niveau des parties malades. La sensibilité de la peau, dans les points où elle était épaissie, resta normale.

L'examen histologique d'un petit morceau de peau donna les résultats suivants : outre l'épiderme qui était dense et l'épaississement notable de la couche dermique, on constatait un développement considérable des papilles qui étaient environ cinq fois plus grandes qu'à l'état normal ; les glandes de la sueur étaient aussi très volumineuses et leurs canaux excréteurs épaissis.

Jamais chez aucun de ces malades toutes les médications employées n'ont amené la guérison, ce n'est que par des précautions et des lavages fréquents qu'on est parvenu à atténuer la dureté de la peau de la plante des pieds et de la paume des mains. (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 10, 1881.)

A. D.

BERICHT UBER DIE WIRKSAMKEIT DES LUNGEAARDHOSPITAL (FÜR AUSSATZIGE, IN BERGEN, IN TRIENNIO) (RAPPORT TRIENNIAL SUR LES RÉSULTATS OBTENUS DANS LE LUNGEAARDHOSPITAL (POUR DES LÉPREUX, A BERGEN), PAR LE Dr D.-C. DANIELSEN.

Il résulte des données statistiques que sur 22 malades en traitement dans cet hôpital, 7 ont été guéris et 4 améliorés. Les premiers étaient atteints de lèpre anesthésique, et parmi les derniers, 3 présentaient la

même forme et un la lèpre tuberculeuse. Entre autres nouveaux remèdes, on eut recours à l'acide salicylique, au salicylate de soude et à un spécifique végétal encore imparfaitement connu, le Hoàng-Nân, qu'un moine dominicain de la Trinidad, le père Étienne, avait envoyé au Dr Hansen, médecin en chef de l'hôpital.

L'acide phénique cristallisé avait été déjà autrefois employé avec succès par Danielssen (1871-73); il y a dix ans, ayant cru découvrir dans le sang des lépreux des micro-organismes (micrococcus et chaînes de leptotrix), mais qu'il considéra cependant comme accidentels, puisque il les trouvait aussi chez les sujets en bonne santé, il fut entraîné à faire un traitement antiparasitaire. Hansen a, plus tard, continué ces recherches; à vrai dire, il a trouvé, non dans le sang, mais dans les tubercules lépreux, des corps spéciaux en forme de bâtonnets dans l'intérieur des « cellules grosses, brunes », indiquées en 1847 par Danielssen, bâtonnets que cet auteur regarda comme des bactéries (— « corpuscules lépreux », considérés d'abord comme spécifiques, plus tard regardés par Virchow comme des productions de modifications régressives —). Depuis, on a de nouveau repris le traitement antiparasitaire, c'est-à-dire par les préparations salicylées. Danielssen indique ensuite les recherches continuées par Hansen sur les micro-organismes qu'il avait trouvés auparavant dans les débris de la lèpre, au moyen de l'appareil d'éclairage d'Abbé et par l'immersion dans l'huile. La part de Neisser à la découverte des bactéries lépreuses spécifiques est présentée dans ce rapport comme une « confirmation complète » de la démonstration faite antérieurement par Hansen sur les préparations que ce dernier avait apportées à Breslau, examen fait avec l'aide du Dr Koch et du professeur Cohn. Il est positif à présent que cette démonstration n'est devenue tout à fait certaine que par la méthode de Weigert-Koch que Neisser a le premier employée (— avant que Hansen possédât un appareil Abbé et l'immersion dans l'huile). Neisser avait l'intention, comme Danielssen lui-même le dit, de poursuivre ses études en Norvège, mais il l'en détourna. (C'est alors que Neisser partit pour l'Espagne, et on dit que les résultats qu'il y a obtenus sont tout à fait positifs.)

Danielssen signale ensuite d'après Böckmann que les lépreux sont atteints d'affections oculaires dans la proportion de $\frac{2}{3}$ ou $\frac{3}{4}$. (*Norsk. Magaz. f. Laegevidensk.*, tome X, n° 12, et *Centralblatt für Chirurgie*, 1881, n° 11.)

A. D.

AMENORRHÉE, MENSTRUALERYTHEM UND MENSTRUALERYSIPEL. (AMÉNORRHÉE, ÉRYTHÈME ET ÉRYSIPÈLE MENSTRUELS), par le Dr PAULI.

Il s'agit d'une couturière de 26 ans, célibataire, robuste, de stature moyenne, toujours bien portante jusqu'à ce moment. Pas de trace de maladie constitutionnelle. Menstruation régulière depuis l'âge de 16 ans ; 8 ans après, dans l'automne de 1877, suppression des règles. Au mois de septembre de cette année, on l'opère de bourrelets hémorroïdaux. Depuis ce moment, sa santé a toujours été bonne, quoique elle n'ait plus eu ses règles jusqu'au commencement de juin 1879. A cette époque survient, dans la région abdominale gauche, une sensation de chaleur accompagnée de picotements et de douleurs. Elle entre à la Charité ; on constate les phénomènes suivants : typhlite stercorale et périptyphlite, paramétrite, ulcération interfessière consécutive à l'extirpation des hémorroïdes, leucorrhée.

L'ulcération rectale fut traitée avec succès par des pulvérisations avec une solution de nitrate d'argent à 1 0/0. Le 14 août, sans cause appréciable, on voit apparaître, sur la moitié gauche et supérieure de la face, une rougeur assez intense, presque érysipélateuse, tuméfaction considérable de la peau, avec tendance à éruption bulleuse. Comme il n'y avait eu auparavant ni fièvre, ni élévation de température, etc., on ne pouvait penser à un érysipèle. Apparition des règles trois jours plus tard, après un arrêt de 21 mois. Dès ce moment, la rougeur et la tuméfaction de la face disparaissent. Desquamation épidermique légère. Rien sur les autres parties du corps. Mêmes phénomènes aux mois de septembre et d'octobre ; les règles revinrent au bout de quatre semaines et s'accompagnèrent de rougeur et de tuméfaction diffuse de la joue gauche. Érythème menstruel.

Au commencement de novembre, les règles qui durèrent quatre jours furent accompagnées d'une rougeur diffuse de la joue gauche avec œdème léger de la paupière inférieure et d'élévures cutanées disséminées.

A partir de ce moment, la situation se modifia complètement. Il se produisit un érysipèle à répétition, revenant toutes les quatre semaines, un peu avant les époques, mais qui se manifestait aussi dans l'intervalle. Le 13 novembre, la malade se plaint de douleurs au niveau de la joue gauche. Rougeur de la peau avec tuméfaction de la région palpébrale du même côté. Frissons, fièvre, température 40°, 4 C. Le gonflement, l'infiltration et la rougeur envahirent toute la face et le cuir chevelu, jusqu'à la nuque. Ces phénomènes ne commencèrent à céder que le 23.

Du 9 au 12 décembre, nouvel érysipèle avec fièvre et température à

40°, 3 C., puis apparition des règles, et en même temps diminution des symptômes morbides. Les époques cessèrent le 17. Du 21 décembre au 6 janvier, on vit survenir, à quelques jours d'intervalle, une éruption érysipélateuse qui suivit la même marche que les précédentes. Enfin, le 12 janvier, l'érysipèle se manifesta pour la dernière fois, tous les symptômes diminuèrent le 17 ; cependant, les menstrues n'apparurent qu'après le 21. — La face reprit alors son aspect normal.

Inutile de dire que pendant ce temps, on employa sans succès appréciable les remèdes habituellement indiqués contre l'érysipèle.

On doit sans doute, dans ce cas, attribuer l'interruption menstruelle de 21 mois à une aménorrhée consécutive à la perte de sang dans l'opération des hémorroïdes, et plus encore peut-être à la large ulcération qui en fut la conséquence. L'aménorrhée aurait été ici en rapport avec l'hémorragie et la sécrétion supplémentaire, comme on l'observe fréquemment dans les cas d'ulcère de l'estomac, d'hémorragies nasales, etc. L'affection cutanée que, dans son temps, Scanzoni avait rattaché comme érythème à la sphère génitale, comme par exemple pour la métrite chronique, est aujourd'hui considérée par Stiller, Wilhelm, Schramm, comme une névrose vaso-motrice.

On peut expliquer le fait ci-dessus de la même manière. En effet, il n'est pas douteux, d'après les expériences physiologiques, que, au moment des époques, il existe une hyperémie des ovaires ; elles provoquent, par voie centripète, une altération des centres dans la moelle et le sympathique, et peuvent déterminer un érythème par voie centrifuge en irritant les nerfs dilatateurs des vaisseaux.

L'auteur rattache ce cas à ceux communiqués par le Dr Grellety : *De l'érysipèle lié à la menstruation* (in *Gaz. des hôp.*, n° 8), c'est-à-dire qu'il rattache l'érysipèle menstruel à la constitution strumeuse de sa malade. L'érysipèle ne se produisit que d'une manière passagère, et sur un point *minoris resistentiæ* déterminé par un érythème qui était revenu à plusieurs reprises à la même place. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 45, 1880.)

A. D.

URTICARIA NACH TINCT. PIMPINELLÆ. (URTICAIRE CONSÉCUTIVE A L'EMPLOI DE LA TEINTURE DE PIMPRENELLE), par le Dr C. KAUFMANN.

L'auteur avait ordonné à une jeune fille de 16 ans, atteinte d'angine légère, de prendre, toutes les trois heures, vingt gouttes de teinture de pimprenelle dans de l'eau sucrée. La première dose fut prise le 20 juillet,

vers midi. Le lendemain, la malade se plaignit d'avoir eu pendant la nuit une sensation insupportable de brûlure et de démangeaison. L'auteur constata dans la même matinée que les bras et les mains, la poitrine, le dos et le ventre étaient recouverts de plaques d'urticaire. — Rien sur les membres inférieurs. Pas de phénomènes généraux. La suppression du médicament et l'application de poudre d'amidon amenèrent la disparition rapide et complète de l'éruption ortiée. Pour savoir s'il ne s'agissait pas d'une simple coïncidence, l'auteur prescrivit de nouveau la teinture de pimprenelle à la même dose ; l'urticaire se reproduisit dans les mêmes conditions et guérit de nouveau avec la même facilité.

Ce cas est intéressant ; il vient augmenter le nombre déjà si considérable des érythèmes provoqués par des médicaments. On peut regretter seulement que le D^r Kauffmann n'ait pas fait mention de l'état antérieur de santé de sa malade. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 8, 1881.)

A. D.

VORSTELLUNG EINES FALLES VON HEILUNG MALIGNER LYMPHOMES DURCH ARSENIK (OBSERVATION DE LYMPHOMES MALINS GUÉRIS PAR L'ARSENIC), par le D^r PAULI.

L'auteur comprend sous le nom de lymphomes malins les tumeurs que Virchow décrit comme lympho-sarcomes et Langenbeck comme sarcomes glandulaires. Ces tumeurs commencent en général par l'engorgement des ganglions cervicaux, puis les glandes voisines sont envahies, ensuite la prolifération lymphatique à petites cellules gagne les tissus environnants, — la tumeur devient alors hétéroplasique. La maladie peut se généraliser et donner lieu à des tumeurs métastatiques secondaires dans la rate, le foie et les poumons.

Les lymphomes malins sont donc de véritables tumeurs malignes et cependant elles sont curables par l'arsenic. Les faits publiés par Billroth, Czerny, Winiwarter en témoignent ; le cas suivant en est une nouvelle preuve.

Une femme de 65 ans, toujours bien portante jusqu'au mois de janvier 1879, s'aperçut alors d'une diminution de l'ouïe qui coïncidait avec une obstruction du nez, au point qu'en peu de temps la respiration nasale devint impossible. Puis déglutition difficile, avec tuméfaction des glandes sous-maxillaires du côté droit. En octobre 1879, engorgement des ganglions cervicaux, du côté gauche, principalement sus-claviculaires. Il en résulta une surdité presque complète, déglutition de moins en moins facile, par suite nutrition insuffisante ; l'oppression et l'insomnie déterminent un affaiblissement notable.

Le 16 février 1880 la malade entre à l'hôpital juif de Berlin, à ce moment sa peau est jaune gris sale, d'une teinte cachectique, surdité presque complète.

Le voile du palais est projeté en avant par une tumeur rénitente qui remplit toute la cavité naso-pharyngienne postérieure, jusqu'aux amygdales. Les ganglions cervicaux du côté gauche forment une tumeur unique partant de l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule, la portion sus-claviculaire avait la grosseur d'un œuf d'oie. À droite les ganglions sous-maxillaires sont gros comme un œuf de pigeon, ganglions axillaires également tuméfiés et durs. Rien du côté des organes internes. Les corpuscules blancs du sang ne sont pas en plus grand nombre qu'à l'état normal; pas de fièvre, 92 puls.

On prescrit le traitement suivant :

Liquueur de Fowler	5 grammes.
Teinture ferrugineuse.	20 —

On commence par 10 gouttes de cette solution, trois fois par jour, en augmentant graduellement jusqu'à 90 gouttes par jour, on laisse la malade à cette dose pendant 11 jours, et on diminue ensuite successivement. En même temps on fait tous les jours, soit dans la tumeur du pharynx, soit dans les tumeurs ganglionnaires, puis dans les deux en même temps, une injection avec 1/10 et même 3/10 d'une seringue de Pravaz contenant un mélange à parties égales de liqueur de Fowler et d'eau distillée. En tout on emploie du 18 février au 4 avril, à l'intérieur 28 grammes de solution de Fowler, et 3 gr, 8 de la même solution en injections parenchymateuses.

Pendant tout le traitement il n'y eut ni rougeur, ni abcès dans les points injectés, ni fièvre, mais une accélération du pouls (140 par minute) qui dura tout le temps de la cure. Après la seconde injection la tumeur pharyngienne prit un tel développement qu'on fut sur le point de faire la trachéotomie. Dans la première semaine, les tumeurs ganglionnaires augmentèrent un peu, mais à partir de la seconde elles diminuèrent graduellement. Dans la troisième semaine il se produisit une amélioration notable de l'ouïe, la semaine suivante la respiration naso-pharyngienne se faisait facilement et au bout de 6 semaines cette malade quitta l'hôpital pour venir à la polyclinique; environ trois semaines après la guérison était complète. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 52, 1880.).

A. D.

UEBER DIE PIGMENTFLECKE DER HAUT (CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TACHES PIGMENTAIRES DE LA PEAU), par le Dr P. DEMIÉVILLE.

Ce travail a été fait dans le laboratoire de M. le professeur Langhans à Berne. Voici les résultats auxquels l'auteur est arrivé :

Les modifications principales qui se produisent dans les taches pigmentaires (taches lenticulaires) consistent en une infiltration cellulaire dans

le chorion et un dépôt de pigment dans le chorion et le réseau de Malpighi.

L'infiltration cellulaire est constituée par des foyers et des traînées qui se produisent dans l'adventice des vaisseaux. Mais les dispositions en flots et en traînées peuvent aussi, par leur réunion, amener une infiltration diffuse. Ces vaisseaux présentent, en outre, un épaississement constant de leurs noyaux endothéliaux. Une partie d'entre eux s'oblitére complètement (surtout au niveau des traînées de noyaux du centre des taches); une autre partie, qui présente une infiltration plus faible de noyaux, reste perméable; c'est autour de ces derniers vaisseaux notamment qu'a lieu le dépôt pigmentaire qui se fait dans le chorion, toujours dans les traînées de noyaux ou de cellules, ou directement autour des vaisseaux, ce qui, avec la forme du pigment, est la principale preuve de sa nature hémotogène. Autour des vaisseaux le pigment ne se trouve très probablement que renfermé dans des cellules; toutefois les noyaux restent partout indemnes de pigment. Dans le réseau de Malpighi, on voit les mêmes éléments morphologiques que dans le chorion.

La saillie de la tache est occasionnée par l'accumulation des noyaux dans le chorion (le réseau muqueux n'a rien à faire ici, l'épaississement de la couche cornée n'a aucune importance); c'est ainsi que se produisent les transformations lentes et successives en verrues molles.

Les taches de rousseur (éphélides) ne se distinguent microscopiquement que par des différences de degrés des taches lenticulaires congénitales, dans ces dernières le plus souvent le réseau muqueux seul étant pigmenté, mais il existe toujours une infiltration légère de noyaux des vaisseaux du chorion sous-jacent, bien qu'on rencontre tous les degrés de transition jusqu'aux taches pigmentaires foncées.

Dans les degrés les plus élevés de l'infiltration granuleuse, c'est-à-dire cellulaire, on se trouve parfois en présence d'un état qui offre une grande ressemblance avec le sarcome à cellules arrondies. En examinant un plus grand nombre de taches, on en voit quelques-unes, mais rarement, qui présentent tout à fait l'aspect d'un sarcome alvéolaire (pigmentaire) (*Virchow's Archiv*, t. LXXXI, 1880, n° 2).

A. D.

SYPHILIGRAPHIE.

PATHOLOGIE.

Le parasite de la syphilis. — Après les hélico-monades de Klebs, viennent les micrococci d'Aufrecht. (*Centralblatt für med. Wissensch.*, 1881,

26 mars.) Ce dernier prétend avoir découvert le véritable parasite de la vérole. Depuis des années, il examinait attentivement le sang des malades atteints de maladies infectieuses. Jamais il n'a observé de micrococcus semblable à celui qu'il a rencontré dans la syphilis.

Voici les caractères de ce nouveau parasite : les éléments isolés sont assez volumineux ; ils sont généralement unis deux à deux (diplococcus) ; on les observe rarement réunis au nombre de trois. La fuchsine leur donne une coloration très foncée.

Pour bien étudier le parasite, il faut choisir des papules syphilitiques bien développées, non ulcérées et non traitées. On commence par scarifier légèrement la papule, on essuie le sang qui s'échappe et on recueille ensuite la sérosité qui s'écoule à la surface du condylome sur un petit verre à couvrir. Ce dernier est placé pendant quelques heures sous une cloche en verre, de manière à favoriser la dessiccation du liquide. Les micro-organismes se trouvent ainsi mieux fixés à la paroi du verre.

On prend ensuite quelques gouttes d'une solution de fuchsine au 1/2 millième (fuchsine 0,04 et eau 100 grammes), et on les laisse tomber sur un porte-objet. Cela fait, on étale le petit verre à couvrir, qui porte la sérosité desséchée, sur la plaque ainsi préparée. Au bout de deux à trois minutes, on enlève l'excès de liquide colorant, et on ferme la préparation avec du baume de Damas.

Il faut se servir de grossissements puissants (objectif à immersion de Hartnack) pour étudier ces préparations.

SYPHILIS VISCÉRALE.

A. Syphilis cérébrale.

Dans un article intitulé : *Tabes und syphilis* (*Centralblatt für d. medicinischen Wissenschaften*, n° 41, 1881) Erb cherche à établir à nouveau les relations qui existent entre la syphilis et la sclérose de la moelle, relations sur lesquelles il a déjà insisté dans de précédentes publications.

Gowers (*Syphilis and locomotor ataxy*, *Lancet*, 1881, 15 janvier), a publié dernièrement 33 observations d'ataxie locomotrice.

En faisant un relevé statistique, cet auteur a trouvé que 53 0/0 des malades atteints d'ataxie avaient présenté autrefois des accidents syphilitiques secondaires et 17 0/0 des chancres : aussi considère-t-il la syphilis comme une des causes les plus certaines de l'ataxie.

Le Dr Patsch (*Charité Annalen*, Berlin 1881, page 204) publie une observation intéressante de gomme du cerveau et de la pie-mère.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, qui se maria à l'âge de 24 ans. Au bout d'un an, elle donna naissance à un enfant bien portant et qui vit

encore aujourd'hui. Elle eut ensuite quatre grossesses, mais toutes suivies d'avortement au bout du 3^e et du 4^e mois. Elle nie avoir eu jamais aucune éruption sur le corps ni aucune affection des muqueuses.

Son mal a débuté, en 1869, par des douleurs de tête qui finirent par lui ôter tout sommeil. Aucune altération fonctionnelle, ni aucun trouble de motilité; mais bientôt survinrent des douleurs lancinantes dans les membres et des vertiges, avec diminution de la mémoire et tendance à la lypémanie. A son entrée à l'hôpital, la malade présente un état général assez bon, la tête est déviée à gauche; on constate de l'adénopathie bi-inguinale et cervicale; la malade se plaint uniquement de douleurs de la tête et des membres. La malade répond aux questions qui lui sont posées, bien que sa mémoire soit très affaiblie. Diminution de l'odorat et de l'ouïe, légère paralysie du facial, inégalité des pupilles.

La sensibilité semble intacte partout.

La marche de la malade est un peu incertaine; aucune autre lésion organique.

Le traitement par les frictions mercurielles sembla d'abord améliorer l'état de la malade, mais le mieux ne fut que passager. Le 28 octobre, au matin, survint une attaque épileptiforme de 5 minutes de durée, suivie d'un coma de 2 heures. Pendant tout ce temps, la tête était fortement inclinée à gauche. Au sortir de ce coma, l'intelligence de la malade semble complètement troublée. Somnolence continuelle, émission involontaire des urines et des matières. Hémiplegie droite accompagnée de contracture. La malade succombe le 24 novembre.

A l'autopsie, on trouve un crâne épais; la dure-mère est difficile à détacher de la pie-mère au niveau de la portion moyenne de la circonvolution centrale droite; à ce niveau, ainsi qu'à la base, près des bulbes olfactifs, la pie-mère offre une teinte d'un jaune grisâtre et une consistance lardacée.

Au niveau du lobe cérébral gauche, dans la première circonvolution frontale, on observe un foyer également résistant, de l'étendue d'une pièce de 10 marcks, nettement délimitée et dont le centre présente à la coupe une teinte jaune. En faisant une section transversale à travers l'hémisphère cérébral droit, on trouve dans la substance grise un foyer du volume d'une cerise, d'une substance cartilagineuse, d'une teinte gris rosé, communiquant avec la portion résistante de la circonvolution centrale et s'étendant jusque dans la couche optique, les tubercules quadrijumeaux et le pédoncule cérébral droit. Dans le corps strié, du côté gauche, on observe un gros foyer de ramollissement jaune. Rien dans le cervelet ni dans la moelle. A l'examen microscopique, on constate que les tumeurs sont constituées par une grande quantité de cellules arrondies, renfermant pour la plupart de petits noyaux brillants séparés par un feutrage épais

de substance intercellulaire. Ce tissu renferme également des vaisseaux.

Autour du tissu morbide se trouve une zone de 4 à 5 millimètres constituée de granulations et de substance médullaire.

B. Lésions cardiaques d'origine syphilitique.

Mayer (*Ueber heilbare Formen chronischer Herzleiden, einschliesslich der Syphilis des Herzens. Aachen, 1881*) consacre un chapitre assez long à l'étude de la syphilis cardiaque, qu'il considère comme très commune. La vérole et l'alcool seraient, suivant cet auteur, les facteurs étiologiques les plus fréquents et les plus puissants des affections cardiaques des adultes et des vieillards. De même, la médication spécifique jouerait dans le traitement des affections chroniques du cœur, un rôle aussi puissant que dans le traitement des affections spécifiques des poumons ou du cerveau.

Après un historique rapide, sur lequel nous ne croyons pas nécessaire d'insister, l'auteur rapporte l'observation suivante :

Un officier supérieur, âgé de 50 ans, marié depuis cinq ans environ, sans enfants, est atteint, au commencement de l'année 1878, de dyspnée et de palpitations. Le malade attribuait ces symptômes à des ennuis qu'il avait eus dans son service. Le malade est examiné pour la première fois en mars 1878. Légère augmentation de volume du cœur ; léger bruit de galop au premier temps. Pas de bruit de souffle. Pouls irrégulier, mou. Le malade était très puissant, pesant plus de 100 kilogrammes ; la maladie fut attribuée à de la surcharge graisseuse et à des troubles nerveux. Sous l'influence d'un traitement par la digitale et d'un régime sévère, un mieux sensible se produisit. Mais, pendant l'hiver, il fut pris de douleurs vives dans la jambe droite, douleurs qui augmentaient le soir. Au mois de mars 1879, le cœur présentait une dilatation marquée, à droite et à gauche ; on percevait un souffle diastolique très net à la pointe. Le foie était augmenté de volume ; urine albumineuse ; œdème des membres inférieurs. Sous l'influence de la digitale, l'œdème disparut, le foie diminua de volume, seul le souffle persista.

Mais, au mois de juillet, nouvel œdème très prononcé, avec douleurs vives dans la jambe droite. En mars 1880, le malade ne pèse plus que 164 livres. Il existe une périostose très nette, douloureuse, sur la face antérieure du tibia. Ulcérations et cicatrices sur les bords de la langue. Plusieurs plaques de Rupia sur le dos. En interrogeant le malade avec soin, on apprend qu'il a été infecté il y a 8 ou 9 ans, et qu'il s'est produit de la roséole et des ulcérations de la gorge. Le malade avait suivi un traitement par les pilules et s'était marié, se croyant guéri.

A partir de ce moment, le malade prit de l'iodure de potassium à la

dose de 2 à 4 grammes par jour. Les douleurs de la jambe disparurent ; mais en juin, de nouvelles ulcérations se montrèrent à la langue et aux lèvres ; on employa alors des frictions au nombre de 25. Le malade prit, en outre, 28 bains sulfureux à Aix-la-Chapelle. Au mois de décembre, l'amélioration était très marquée. La dilatation du cœur droit était peu prononcée ; le ventricule gauche avait son volume normal. Le pouls est à 80, régulier. Urine claire, non albumineuse. Poids du malade, 180 livres, foie normal, absence d'œdème. La dyspnée, les palpitations ont disparu ; le malade put faire de grandes promenades. L'iodure de potassium fut continué.

L'auteur conclut de cette observation que, dans les cas d'insuffisance cardiaque (*Weakened heart*), compliqués de syphilis secondaire, il faut administrer le mercure et l'iodure de potassium à haute dose. Il conclut également que le malade en question était atteint d'une myocardite spécifique, ce qui reste à prouver : tout le monde connaît, en effet, l'action favorable de l'iodure de potassium dans les cas d'hypertrophie du cœur ou d'anévrismes de l'aorte qui ne sont rien moins que liés à l'existence d'une infection spécifique.

Erhlich (*Ztschr. f. klin. med.*, t. 2, p. 378) a publié un mémoire intéressant sur les infarctus syphilitiques du cœur. L'infarctus se présente, en général, sous forme d'une myocardite interstitielle ou d'une gomme circonscrite. L'auteur rapporte l'observation suivante, qui a un certain intérêt :

G. N..., âgé de 25 ans, sommeiller, est admis à la clinique le 12 avril 1879. Il a eu en 1864 un chancre induré du gland, traité par frictions. Le malade s'était bien porté jusqu'alors, mais, depuis un an environ, il a remarqué de l'œdème des membres inférieurs, surtout le soir, et des douleurs dans les jambes.

Le malade est d'une constitution moyenne. Œdème des chevilles. Adénopathie cervicale et inguinale. Augmentation de la matité cardiaque ; elle dépasse d'un travers de doigt la ligne mamillaire. Bruits du cœur normaux à la pointe ; deuxième ton aortique renforcé.

Angine catarrhale légère, pouls à 70. Urine non albumineuse. Comme le malade se plaignait d'une douleur typique du tibia, à exacerbations nocturnes, on le soumit à l'usage de l'iodure de potassium. Ce médicament produisit des phénomènes d'iodisme intense, et il fallut le supprimer.

Le 12 juin, le malade se plaignait de gêne dans la marche. En examinant les muscles gastro-cnémiens et demi-tendineux de la jambe gauche, on y rencontra de petites tumeurs, du volume d'un œuf de pigeon, douloureuses à la pression ; 20 frictions, faites avec de l'onguent napolitain, firent disparaître en partie ces tumeurs.

Le 12 juillet, on constate, à la face interne des bras, des élevures d'une teinte rouge foncé, de l'étendue du creux de la main ; les jours suivants, des plaques analogues se développent à la face interne des cuisses. Le développement de ces plaques d'érythème noueux augmente encore l'état cachectique du malade.

Dans les premiers jours d'août, apparaît un catarrhe bronchique avec un affaiblissement cardiaque. La matité cardiaque dépasse de plus d'un travers de doigt le bord droit du sternum. Les battements du cœur sont irréguliers ; pouls fréquent, mou ; dyspnée, toux. Phénomènes de stase ; œdème généralisé, hydrothorax, mort le 11 août.

Autopsie. — On constate à la face interne de la voûte crânienne un épaississement de l'étendue d'une pièce de 1 thaler. Le péricarde renferme une certaine quantité d'un liquide clair ; le ventricule droit présente une surcharge graisseuse prononcée. Sur le trajet de l'artère coronaire du côté droit, on constate un groupe d'environ 8 petits nodules, du volume d'un petit grain de mil, transparents, d'une teinte grisâtre. Ces petites nodosités sont situées au niveau d'une partie très vascularisée de la surface cardiaque. Le cœur, flasque, mou, était très volumineux ; les ventricules étaient dilatés, les valvules saines.

Rate volumineuse, offrant près de sa surface un foyer d'un rouge foncé, du volume d'une noisette.

En examinant attentivement le muscle cardiaque, notamment le ventricule gauche, on trouve, outre les lésions d'une myocardite diffuse, des foyers nombreux, de volume, de forme et de couleur variables. Plusieurs de ces noyaux avaient une teinte blanchâtre ; ils étaient nettement limités ; d'autres étaient enveloppés d'une zone hémorragique assez large, d'une teinte rouge foncé. Les foyers situés dans le myocarde avaient une forme arrondie, allongée ; ils étaient disposés dans la direction des fibres musculaires ; en faisant des coupes à ce niveau, on obtint des lignes polygonales. Le foyer le plus volumineux est gros comme une noisette, il a la forme d'un cône.

A l'examen microscopique, on constate que ces foyers sont formés par un tissu jeune, riche en cellules, parcouru par des vaisseaux capillaires nombreux, dilatés. Les fibres musculaires situées dans les foyers à teinte blanchâtre sont très atrophiées. Dans les foyers rouges, hémorragiques, les fibres musculaires sont dissociées par des globules rouges ; pourtant on y rencontrait des globules de pus en plus ou moins grande quantité.

Tous ces infarctus s'étaient développés sous l'influence d'une endartérite syphilitique oblitérante des petits vaisseaux. En examinant les vaisseaux situés au pourtour des foyers, on constate que leur calibre

a considérablement diminué sous l'influence de la prolifération cellulaire ; plusieurs d'entre eux sont même complètement oblitérés. Au centre même des infarctus, se trouvaient des vaisseaux offrant des lésions analogues.

C. Syphilis des voies digestives.

Langreuter (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, XXVI, p. 322) consacre un travail important à l'étude des rétrécissements syphilitiques du pharynx. Après avoir résumé les observations éparses dans les auteurs, Langreuter cite l'histoire d'un malade qu'il a suivi à la clinique d'Oertel.

Le diaphragme cicatriciel est en général assez mince au centre, plus épais sur les bords. Ce diaphragme est souvent mis en mouvement par les muscles environnants ; il est peu vasculaire et semble contenir fort peu d'éléments nerveux ; on peut, en effet, l'inciser sans provoquer aucune douleur. Le larynx est presque toujours indemne, malgré les lésions cicatricielles les plus graves du pharynx.

Le traitement, étant donné bien entendu que la diathèse a été traitée d'une façon convenable, consistera en une incision du tissu cicatriciel et une dilatation consécutive à l'aide de bougies creuses de Schrötter.

Dans l'observation rapportée par l'auteur, il s'agit d'un malade atteint de syphilis depuis sept ans. On fut obligé de cesser la dilatation par suite d'une nouvelle poussée de syphilides qui fut combattue par des frictions mercurielles. Le rétrécissement ayant également porté sur les voies respiratoires, on fut obligé de pratiquer la trachéotomie.

Toute la partie postérieure du pharynx était occupée par un tissu cicatriciel résistant, formant un véritable pont au-dessus de la cavité nasopharyngienne et de la cavité pharyngo-laryngienne. Cette masse cicatricielle a une teinte d'un gris rosé ; on aperçoit à sa surface des traînées blanchâtres, brillantes. Les membranes cicatricielles sont fortement tendues ; la membrane inférieure l'est assez pour attirer la racine de la langue en arrière. Le tissu cicatriciel se fond dans les parties latérales du pharynx ; les amygdales et les piliers du voile du palais ne sont plus visibles. L'excavation pharyngo-laryngienne est recouverte d'un pont cicatriciel à teinte rosée, grisâtre ; ce pont va de la base de la langue à la paroi postérieure du pharynx. Au milieu seulement de cette masse cicatricielle, on aperçoit encore un petit orifice arrondi, du volume d'une tête d'épingle, à bords durs, taillés à pic ; cet orifice constitue la seule communication qui existe entre la cavité buccale et les appareils respiratoire et digestif. Toute cette masse cicatricielle se met en mouvement chaque fois que le malade fait un effort de déglutition ; au moindre attouchement, il survient des envies de vomir.

Le tissu cicatriciel fut incisé à l'aide d'un bistouri boutonné ; ce tissu

était dur et criait sous l'instrument. Le larynx n'était nullement compromis; le malade, jusqu'alors complètement aphone, put immédiatement parler à haute voix. Comme nous l'avons déjà indiqué, on fut obligé de cesser la dilatation du rétrécissement qui fut reprise après un traitement par les frictions. La canule de la trachée fut enlevée définitivement. Depuis, le malade respire, mange et boit facilement au travers de la cicatrice incisée et dilatée.

TRAITEMENT.

Les docteurs L.-V. Vajda et Paschkis ont fait, sous la direction des professeurs Sigmund et Ludwig (Vienne, 1880, W. Braumüller), une étude clinique et chimique intéressante sur l'action du mercure dans la syphilis.

Ils ont cherché à résoudre les questions suivantes :

1° Le mercure introduit dans l'organisme est-il capable de produire des états pathologiques assez analogues avec la syphilis pour être confondus avec cette maladie?

2° Faut-il attribuer au traitement de la syphilis par le mercure le développement ultérieur et tardif d'accidents graves tels que des nécroses, des ulcérations d'ordres divers, des gommès, etc.?

3° Ces accidents spéciaux, survenus chez des malades qui avaient absorbé du mercure dont il était facile de reconnaître chimiquement la présence dans l'organisme, sont-ils plus faciles à traiter et même à guérir à l'aide de préparations mercurielles?

4° Des malades atteints d'accidents tardifs, et notamment de gommès, et qui n'avaient jamais été soumis à aucun traitement mercuriel, ont-ils vu leurs lésions s'améliorer ou guérir à l'aide de préparation mercurielle?

5° Des malades atteints d'accidents syphilitiques graves et qui n'avaient été soumis jusqu'alors qu'à des traitements non mercuriels, notamment à l'iodure de potassium, et cela sans résultat, ont-ils été guéris ou améliorés par des préparations mercurielles?

6° Est-il permis, dans l'état actuel de la science, et après une étude sévère des faits, de se passer du mercure dans le traitement de la syphilis?

Il est facile de se rendre compte, par ce simple résumé, de l'importance des questions qui sont traitées dans ce volumineux ouvrage. Nous ne pouvons ici qu'indiquer quelques points particuliers de ce travail.

Un des chapitres les plus intéressants est celui qui a trait à l'élimination du mercure. Il s'agissait de savoir, en premier lieu, si, chez des malades traités autrefois par le mercure et présentant des accidents tardifs, on ne retrouvait plus aucune trace de mercure dans les tissus; puis

ensuite si, chez d'autres malades non traités par le mercure et présentant les mêmes accidents, ces derniers disparaissaient sous l'influence du traitement mercuriel. Les nombreuses observations publiées par les auteurs répondent d'une façon affirmative aux deux questions précédentes et éclairent d'une façon indiscutable la question de la relation qui existe entre le mercure et les accidents syphilitiques tardifs.

Les auteurs ont fait plus de 300 analyses minutieuses dans lesquelles il a été possible de retrouver le mercure. On croyait jusqu'alors que ce métal pouvait séjourner tout au plus dans l'organisme pendant deux ans; or les auteurs en ont retrouvé au bout de treize ans de traitement. Ils insistent sur ce fait que l'élimination du mercure subit fréquemment un temps d'arrêt.

L'élimination du mercure par l'urine se fait d'une façon bien différente et plus ou moins rapide, suivant la nature des préparations mercurielles employées. On comprend l'importance de ce fait au point de vue pratique. L'élimination la plus rapide a lieu après l'administration de la décoction de Zittmann; viennent ensuite le sublimé et les bains de sublimé. Après avoir administré du sublimé à un malade, on n'a retrouvé du mercure dans l'urine qu'au bout de onze jours; par contre, chez un autre soumis à des fumigations de calomel, on retrouva le médicament au bout de vingt-quatre heures. Après des frictions, le mercure se retrouva deux fois au bout de vingt-quatre heures seulement, et une fois après la septième friction. Chez certains malades, l'élimination du mercure s'arrêtait pendant plusieurs jours; ces différences dans le début et la durée de l'élimination du médicament nous expliquent les résultats différents qu'on obtient en traitant les syphilitiques. Il est évident que les préparations mercurielles qui sont facilement solubles et qui passent rapidement dans le sang doivent également apparaître plus tôt dans l'urine. En injectant 9 milligrammes seulement de bichlorure de mercure sous la peau, on retrouva du mercure dans l'urine. Il est probable, bien que non démontré, que plus on fait pénétrer de mercure dans l'organisme et plus longtemps il y séjourne.

On admet en général que l'iodure de potassium favorise l'élimination du mercure. Vajda rejette cette proposition. En effet, dit-il, le mercure est éliminé sans que les échanges nutritifs soient augmentés. Or l'iodure de potassium, administré dans les périodes tardives de la syphilis, ralentirait plutôt les échanges nutritifs, puisque l'urée est éliminée en moins grande quantité qu'à l'état normal pendant qu'on administre l'iodure. Nous regrettons de ne pouvoir insister sur l'analyse de cet ouvrage, l'un des plus importants qui aient été inspirés par le professeur Sigmund.

Oberlaender (*Vierteljahrsch. für Dermat. u. Syph.*, 1880, 4, p. 488)

a également fait des recherches intéressantes sur l'élimination du mercure par l'urine après le traitement par les frictions.

Voici le résumé de ses recherches :

1° Chez un malade qui a été soumis à des frictions mercurielles et auquel on n'a fait subir aucun traitement ultérieur, on retrouve du mercure dans l'urine cent quatre-vingt-dix jours après la cessation des frictions. Pendant ce laps de temps, on observe des exacerbations et des rémissions et même des pauses pendant lesquelles l'élimination du mercure semble complètement arrêtée. Ces exacerbations et ces rémissions présentent parfois des périodes de huit à dix jours.

2° En favorisant d'une manière artificielle les échanges nutritifs, il est possible, mais non pas absolument certain, de favoriser l'élimination du mercure par l'urine.

3° Il n'est nullement prouvé que la réapparition du mercure dans l'urine, dans un temps donné, soit liée à une augmentation des échanges nutritifs, c'est-à-dire à une désassimilation plus rapide des substances albuminoïdes de l'organisme.

D^r PAUL SPILLMANN.

ROCCO DE LUCA. — SULLE PAPULE UMIDE DELLA PELLE (SUR LES PAPULES HUMIDES DE LA PEAU). *Lo Sperimentale*, 1880.

Comme suite à ses études sur le lichen syphilitique, Rocco de Luca vient de publier l'anatomie pathologique de la papule humide de la peau. Avant d'exposer le résultat de ses recherches, je rappellerai que peu de lésions ont été l'objet de travaux plus nombreux. Depuis le jour où Davasse, Deville, Legendre, Bazin, Profeta eurent mis en relief les caractères de cette curieuse syphilide, une armée de micrographes s'attachèrent à nous en donner le signalement histologique. Tant d'efforts portèrent leurs fruits. Bientôt nous apprîmes à reconnaître comme caractéristique de cette forme éruptive la participation des papilles au processus, l'adjonction, sous l'influence de conditions irritantes toujours faciles à retrouver, d'une prolifération papillaire vulgaire entée sur un néoplasme uniquement spécifique à son origine. Ainsi nous étions expliquées les particularités qui président à l'étiologie de cette curieuse forme morbide, ses heureuses et rapides modifications sous l'influence de l'hygiène, son indifférence relative au seul traitement général. M. de Luca en reprenant cette étude ne pouvait avoir la prétention d'ajouter beaucoup à nos connaissances; il n'en a pas moins constaté plus d'un détail inaperçu ou négligé par ses prédécesseurs. J'ajoute que le mémoire sobrement écrit

est accompagné de planches un peu rudimentaires peut-être, mais fort claires et très propres à faciliter la démonstration. Nos lecteurs sauront gré à l'auteur d'avoir bien voulu nous les communiquer.

Les observations ont été faites sur des papules humides excisées de la grande lèvre et de l'anus chez des malades suivis depuis longtemps, ce qui exclut toute possibilité d'erreur de diagnostic. Quand la lésion est de date récente, on constate seulement le gonflement et la prolifération des cellules connectives du derme, avec scission de leurs noyaux (fig. 1).

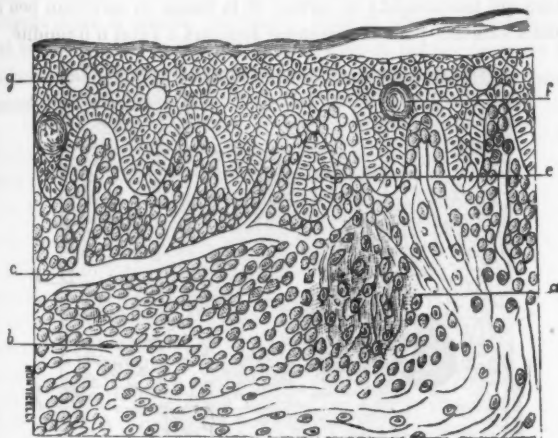


Fig. 4. — Papule humide de la grande lèvre. Hart. 6C. 3, obj. IV (1).

A ce premier stade en succède bientôt un second caractérisé par une infiltration de petites cellules rondes provenant sans doute pour une part du connectif proliférant, et pour l'autre des globules blancs des vaisseaux dilatés. Les éléments sont jetés uniformément entre les fibres du connectif, au lieu d'être, comme dans le lichen, collectés en nodules. Les vaisseaux ont leur endothélium altéré, gonflé, et leur tunique externe gorgée d'éléments lymphatiques. La conséquence de cette hypertrophie aiguë, uniforme de toutes les papilles contenues dans une zone donnée, est le soulèvement en masse et l'usure du corps muqueux formant une tumeur plane ou même légèrement concave.

(1) a) Cellules connectives en prolifération. — b) Infiltration diffuse d'éléments ronds dans le connectif cutané. — c) Vaisseau sanguin qui se prolonge jusqu'à l'extrémité de la papille. — e) Prolongation interpapillaire du stratum malpighien détaché en un point du reste de la couche et formant entre les papilles infiltrées un îlot de cellules épithéliales. — f) Globes perlés. — g) Œdème pérircellulaire.

Bientôt succèdent des lésions de l'étage supérieur : augmentation des sucs nutritifs, œdème des cellules épidermiques. Les prolongements interpapillaires du corps muqueux s'allongent ; en quelques points, on voit des groupes épithéliaux (fig. I *e*) étranglés et détachés du stratum par la prolifération ambiante ; en d'autres, se sont condensés des globes perlés analogues à ceux de l'épithélioma (fig. I *f*) ; en d'autres encore s'accumulent au milieu de petits espaces clairs, les sucs lymphatiques dont la circulation est entravée par l'œdème (fig. I *g*, fig. II *a*) et qui distendent les espaces interciliaires. De là, une circulation plus grande des cellules migratiles qui fournissent à la surface de la lésion un secretum peu abondant, mais suffisant pour la maintenir toujours à l'état d'humidité.

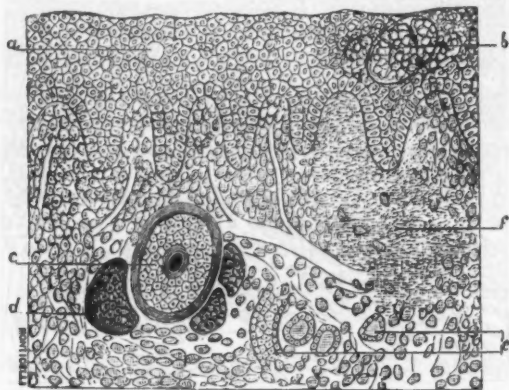


Fig. 2. — Papule humide pré-anaie. Haut. OC. 3, obj. IV (1).

Les parois des petites cavités péricellulaires et périnucléaires devenues confluentes s'étant rompues, on voit se former des amas de globules purulents, qui bientôt soulèvent l'épithélium et forment des pustules dont la rupture amènera l'ulcération superficielle qui est une complication si fréquente de la papule humide (fig. II *b*).

Enfin, et c'est là le phénomène caractéristique de la papule humide, le trait qui la distingue de la lésion sèche du lichen, par exemple, on voit sur un bon nombre de points, dans l'étage malpighien, notamment autour des foyers purulents, des cellules épithéliales gonflées et troubles dont le noyau est en voie de division proliférative.

(1) *a*) Œdème périnucléaire. — *b*) Collection de cellules purulentes dans une cavité formée par la confluence de vacuoles péricellulaires et périnucléaires. — *c*) Section transversale d'un poil. — *d*) Glande sébacée. — *e*) Glande sudoripare. — *f*) Dégénération granulo-graisseuse dans une partie de l'étage épidermique.

Le processus inflammatoire se propage aux poils et aux glandes. La gaine pileuse est dilatée par l'abondance des cellules épithéliales; sur des sections transversales l'accumulation des éléments dans la paroi externe de la racine qui les comprime et les applique sur le bulbe, détermine l'aspect spécial des *cellules en palissades* (fig. II c, d). Dans les glandes sébacées, on constate l'oblitération du conduit excréteur, les tubes et les follicules sudoripares ont leur paroi épaissie jusqu'à leur extrémité sous-cutanée; leur canal regorge d'éléments cellulaires (fig. II).

Au moment où la lésion plus avancée marche vers la résorption, on peut voir de vastes espaces de dégénérescence granulo-graisseuse particulièrement dans la couche papillaire, mais ce processus est loin d'envahir la totalité de la couche malade, aussi est-il permis de croire que la résorption des éléments exsudés joue aussi un rôle important dans l'affaiblissement du néoplasme.

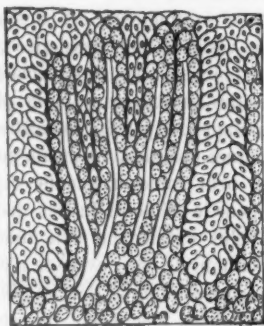


Fig. 3. — Papule végétante. Une papille est divisée en quatre parties ayant chacune au centre un vaisseau sanguin.

Quand la papule humide devient végétante, chaque papille en proie à la prolifération est infiltrée d'éléments migratiles et se dilate, s'allonge, pénètre irrégulièrement la couche de Malpighi; si bien que chacune paraît alors composée de trois ou quatre ramuscules ayant au centre un vaisseau sanguin (fig. III), et soulevant l'épiderme. Ainsi peut prendre naissance le condylome plat ou acuminé.

Au cours de l'étude clinique placée en tête de son travail, l'auteur parlant des circonstances morbides a consacré quelques lignes à la *vaginite spécifique*. Il y a un an, présentant à cette même place un mémoire du professeur Ferrari, de Catane (voy. t, I, p. 431) sur le même sujet, j'avais formulé quelques réserves relativement à l'existence de cette vaginite, dont la description n'était encore basée que sur un seul cas. De

Luca a très courtoisement relevé mon appel à de nouvelles observations, et en publie aujourd'hui un second : cela ne fait encore que deux, mais deux faits bien observés peuvent suffire ; mes lecteurs vont en décider, car je me fais un devoir de leur mettre en mains cette intéressante pièce du procès.

Une prostituée de 17 ans entre à la clinique de Catane, se disant malade depuis 4 mois. Elle eut d'abord, dit-elle, sur les grandes lèvres, deux tumeurs symétriques qui s'ulcérèrent et guérèrent en quelques jours, puis, deux mois après, survint une éruption de petites saillies sur la vulve et le pourtour de l'anus. Aujourd'hui, elle souffre d'un léger mouvement fébrile (38°, 38,5), se plaint de malaise et d'insomnie.

Sur le tégument, on voit des traces de roséole en voie de disparition ; engorgement des glandes inguinales et épithrochléennes ; rate un peu gonflée, œdème sur la grande lèvre droite à la surface de laquelle se voient trois papules sécrétantes ; autour de l'anus couronne de papules. Le vagin est sec, chaud, et sa muqueuse est parsemée de petites tumeurs miliaires, surmontées de vésicules blanches perlées, dilacérables au moindre choc. Le museau de tanche est couvert spécialement sur les bords de l'orifice de petites vésicules, entourées pour la plupart d'un cercle inflammatoire, ou surmontant un papule rougeâtre ; tonsilles hypertrophiées, couvertes de plaques opalines, érythème spécifique de la gorge.

Cette observation ne peut soulever aucune objection et sans doute il en eût été de même pour le mémoire du très distingué professeur Ferrari, si l'auteur avait plus exactement dénommé les phénomènes sur lesquels il appelait l'attention. À notre avis, ce n'est pas là une vaginite, c'est une éruption papuleuse spécifique développée sur la muqueuse du vagin et du museau de tanche, une forme rare de syphilide, mais qui n'est pas absolument inconnue parmi nous.

L. JULLIEN.

CELSE PELLIZZARI E ALESSANDRO TAFANI. — MALATTIE DELLE OSSA DA SIFILIDE EREDITARIA (MALADIES OSSEUSES PRODUITES PAR LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE) Firenze, 1881.

Nous recevons au dernier moment les épreuves d'un mémoire considérable publié par MM. Celso Pellizari et Tafani sur les lésions osseuses de la syphilis héréditaire. Ce travail, qui a été jugé digne du prix Gallico, devant être traduit en français et paraître dans un journal de Paris, nous en ajournons à regret l'analyse que nous publierons dans un prochain numéro, avec les planches du texte original. Mais nous ne pouvons attendre plus longtemps pour féliciter les jeunes auteurs et apprendre à nos lecteurs que le point original de cette publication consiste dans la découverte et l'étude d'une lésion costale liée à la syphilis héréditaire.

L. J.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

ROCCO DE LUCA. — CONTRIBUZIONE ALLA PATOLOGIA ED ALLA CLINICA DEL CATARRO VENEREO NELLA DONNA (CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE ET A LA CLINIQUE DU CATARRHE VÉNÉRIEN CHEZ LA FEMME). *Giornale internazionale delle scienze mediche nuova serie*. Naples, 1880.

Beaucoup de points intéressants sont étudiés au cours de ce mémoire. Et d'abord quelques données statistiques :

Les résultats sont basés sur l'observation de 100 cas de catarrhes vénériens observés pendant une année dans le syphilicome de Catane, où ils représentent le 10^e des maladies traitées, les 2/5^e des catarrhes génitaux, et les 3/5^e des catarrhes utérins.

Sur 100 cas, 72 étaient relatifs à des recrudescences d'écoulements chroniques, 28 étaient survenus d'emblée sur des prostituées de fraîche date.

Le catarrhe du col utérin était compliqué des accidents suivants :

Urétrite.	6 fois sur 100.
Vaginite	16 —
Vagino-urétrite.	3 —
Catarrhe, des glandes vulvo-vaginales.	1 —
Pelvi-péritonite.	10 —
Paramétrite.	3 —
Condylomes acuminés.	10 —
Endométrite catarrhale	14 —

Parmi les observations rapportées *in extenso*, je signalerai particulièrement les trois suivantes : La première (obs. III), met en relief l'influence exercée par le catarrhe sur la réapparition ou la recrudescence des phénomènes d'épilepsie ; une fille de 19 ans présenta jusqu'à 5 accès par jour pendant la période aiguë, et plus tard, pendant la convalescence, on en observa deux en 45 jours. — Un autre fait (obs. II) est remarquable par l'heureux effet de la menstruation. Le catarrhe durait depuis près d'un mois, très peu modifié quand les règles parurent ; à peine eurent-elles cessé de couler que l'on put constater une régénération complète de l'épithélium avec guérison absolue de l'écoulement. — Enfin, chez une femme de 18 ans, le flux catarrhal fut accompagné d'un prurit qui en suivit toutes

les phases avec un parallélisme très fidèle ; il avait son siège sur la vulve et le haut des cuisses ; la malade n'éprouvait de soulagement que dans le bain ; le fait me semble tout particulièrement intéressant, s'il est bien avéré que le prurit n'était pas dû au contact des matières irritantes sortant du vagin. Il y a quelques années déjà, j'ai eu l'occasion d'en observer un cas, fort curieux, consécutif à un phlegmon péri-utérin, et en l'absence de toute sécrétion muco-purulente. La douleur était incessante et durait depuis 3 semaines, malgré l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas ; la malade, exténuée, s'amaigrissait, et présentait déjà les symptômes d'un véritable épuisement, quand j'ai eu l'idée d'employer le salicylate de soude, qui faisait alors ses débuts contre le rhumatisme. L'effet en fut merveilleusement prompt. Dès le premier jour, les démangeaisons cessèrent et la guérison complète ne se fit pas attendre plus de 4 à 5 jours. Je signale ce fait à M. de Luca, l'engageant à essayer à l'occasion cette thérapeutique.

Arrivant à l'examen de la question étiologique, de Luca s'efforce de démontrer la non-existence d'un agent spécifique. Il croit que le catarrhe est doué du pouvoir de contagion et de reproduction en raison des globules purulents qu'il contient. Le liquide qui s'échappe du col, transparent, dépourvu de leucocytes, n'est pas contagieux ; mais il le devient quand, par une cause quelconque d'origine soit interne, soit externe, il se charge des globules purulents. Voici, à ce sujet, quelques expériences pratiquées par l'auteur :

Exp. I. — Catarrhe utérin très riche en globules purulents.

12 juillet. — On le recueille avec une seringue et on l'injecte dans l'urètre de la malade.

13 juillet. — Légère sensation de prurit pendant la miction ; muqueuse du méat rouge et tuméfiée.

14 juillet. — Écoulement urétral, sécrétion peu abondante séro-épithéliale.

15 juillet. — La sécrétion augmente en quantité et en consistance, chargée d'éléments purulents. L'urétrite continue.

Exp. II. — 5 août. — Sur le même sujet que dans l'observation précédente, on recueille le secrétum utérin peu abondant, transparent, visqueux, riche en cellules muqueuses. Il est injecté dans l'urètre d'une prostituée non blennorrhagique.

Résultat négatif.

Exp. III. — Sécrétion séro-épithéliale d'une prostituée, affectée de catarrhe utérin en voie de guérison. Recueillie sur le col, elle est inoculée dans l'urètre.

Résultat négatif.

Exp. IV. — Catarrhe utérin du sujet qui avait fourni la matière à

inoculation de l'expérience précédente. L'écoulement a été modifié et ravivé par le passage dans la cavité cervicale d'une sonde trempée dans de l'ammoniaque. La sécrétion est devenue plus abondante et s'est chargée de pus.

Après l'avoir aspirée, au moyen d'une seringue, on la porte sur l'urètre d'une prostituée atteinte de chancres simples de l'anus et l'on obtient une urétrite muqueuse, dont les symptômes et le décours furent absolument semblables à ceux de l'urétrite vénérienne.

Exp. V. — Le 20 juillet, on recueille les crachats d'un malade atteint de bronchite et de malaria. Les corpuscules de pus y abondent, on y trouve aussi quelques cellules d'épithélium vibratile. Ce produit est déposé dans l'urètre d'une prostituée, vierge de catarrhe génital.

22 juillet. — Muqueuse du méat rouge et tuméfiée, sentiment de brûlure pendant et après la miction.

23 juillet. — Ecoulement urétral, devenant bientôt très abondant, très chargé en globules.

Il reste 10 jours stationnaire et ne se modifie que lorsqu'on lui oppose le traitement ordinaire.

Exp. VI. — Sécrétion catarrhale de l'urétrite artificiellement obtenue chez le sujet précédent. On la recueille au 5^e jour et on la transporte dans l'urètre d'une femme indemne d'écoulement.

Le résultat fut le développement d'une urétrite absolument semblable à celles qui sont d'origine vénérienne.

Exp. VII. — Pus bon et louable d'un petit abcès chaud du sourcil, transporté dans l'urètre d'une prostituée, atteinte de syphilide papuleuse.

Deux jours après, développement d'un catarrhe urétral subaigu absolument semblable au flux blennorrhagique.

Exp. VIII. — Sécrétion urétrale de la malade de l'expérience précédente portée sur l'urètre d'une autre prostituée.

Résultats positifs, et développement d'un catarrhe cliniquement identique à l'urétrite de toutes les expériences précédentes.

Il serait oiseux d'insister sur l'intérêt de ces expériences; s'il fallait les accepter au pied de la lettre, il faudrait à tout jamais renoncer à l'idée de spécificité pour le pus blennorrhagique, et pour mon compte, je verrais là une confirmation nouvelle d'idées que j'ai défendues, sinon dans leurs conséquences ultimes, du moins dans leur ensemble. Mais que penser après cela du microbe, dont notre excellent collègue Spillmann annonçait dernièrement la découverte? Est-il cause, je me demande à quel titre la sécrétion d'un abcès chaud du sourcil peut arriver à développer des symptômes que nous aimerions à croire sous la dépendance du seul

parasite. Nous savions déjà, par Swediaur, qu'une injection d'ammoniaque peut déterminer un abondant écoulement de l'urètre, mais les esprits difficiles à convaincre pouvaient arguer qu'aucune inoculation n'ayant été faite, il ne s'était agi que d'une suppuration traumatique, bien différente du processus blennorrhagique.

Cette expérience, si courageusement faite, sur lui-même, par Swediaur, M. de Luca, se plaçant dans des conditions assurément plus agréables, l'a reproduite *in animâ vili*, mais il l'a surtout complétée en nous montrant le pouvoir contagieux de l'urétrite artificielle. Que vont répondre les partisans de la spécificité?

L. JULLIEN.

BIBLIOGRAPHIE.

LES PARASITES ET LES MALADIES PARASITAIRES CHEZ L'HOMME, LES ANIMAUX DOMESTIQUES ET LES ANIMAUX SAUVAGES AVEC LESQUELS ILS PEUVENT ÊTRE EN CONTACT, par P. MÉGNIN. Un vol. in-8° avec 63 fig. dans le texte et un atlas de 26 planches. Paris, chez G. Masson, 1880.

Nous nous accusons sincèrement d'être en retard avec l'ouvrage de M. Mégnin, d'autant plus que nous eussions été heureux de dire dès son apparition tout le bien que nous pensons de cette œuvre remarquable. C'est un traité complet de parasitologie, en ce qui concerne la peau ; cet ouvrage vient combler une réelle lacune.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la classification qu'il a adoptée, nous nous bornerons à signaler dans cette vaste monographie les chapitres qui intéressent le dermatologiste. On trouvera du reste, dans le livre que nous analysons une étude complète de l'histoire naturelle et des mœurs des parasites.

À la suite de chaque ordre d'insectes, l'auteur a énoncé les notions pathologiques afférentes à ceux d'entre eux qui sont réellement pathogéniques ; les maladies parasitaires se trouvent ainsi classées dans l'ordre zoologique de leurs causes et non dans celui des systèmes organiques qui en sont le siège ; le rôle de la thérapeutique se dégage ainsi plus nettement, son but principal étant de détruire la cause, c'est-à-dire le parasite.

On lira avec intérêt une description très complète des punaises, des puces, des poux, etc... ces parasites classiques de l'homme et dont nous ne serons débarrassés que lorsque l'instruction aura fait comprendre à tous l'importance de l'hygiène et de la propreté. C'est en effet l'instruction seule qui pourra détruire ce préjugé encore si enraciné dans quelques campagnes, que la destruction des poux de tête chez les jeunes enfants a le plus souvent pour résultat une inflammation des yeux, si même elle n'entraîne la perte de la vue.

Espérons qu'avec les progrès de l'hygiène, on verra disparaître ces vieux débris d'un autre âge.

L'auteur admet une troisième espèce de poux, pou des malades (*pediculus tabescentium*). Les caractères qu'il donne de cette variété de poux « thorax plus grand et segments abdominaux plus serrés que dans

le pou du corps », ces caractères qui ne portent que sur des différences de degrés sont-ils suffisants pour autoriser à séparer ces deux espèces ? Nous n'oserions l'affirmer. Notre opinion aurait pu se fixer s'il nous avait été donné d'avoir sous les yeux un dessin du pou du corps et de celui des malades.

Il ajoute ensuite : « La ponte et le développement des jeunes se fait sous des pellicules sous-épidermiques (*sic*), ce qui fait qu'ils paraissent naître sous les doigts lors des grattages. La prodigieuse multiplication de cette espèce de poux, dans certaines circonstances, constitue une véritable et très grave maladie parasitaire, etc... » (V. page 74.)

Jusqu'à plus claire démonstration nous ne saurions admettre l'existence de cette maladie parasitaire que nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer, et nous pensons qu'il s'agit simplement dans ces cas de poux des vêtements. Et quant à la pullulation des poux *sous* des pellicules sous-épidermiques, il y a là, certainement, un *lapsus*, et nous en appelons au véritable maître en parasitologie, à M. Mégnin, le mieux placé par ses origines et ses préférences, pour savoir quel compte il y a lieu de tenir en pareille matière de l'observation clinique.

Mais la partie la plus intéressante du livre, pour nous dermatologistes, est celle consacrée aux *acariens*. Le sarcopte de l'homme y occupe une place importante, bien que toutes les autres variétés d'acariens qui infestent l'homme et les animaux y soient magistralement traitées.

L'étude sur le sarcopte scabiei est on ne peut plus complète. Même après les descriptions si exactes et si approfondies de Hebra, on y trouvera des renseignements précis et détaillés sur cette espèce qui est commune à l'homme et à un grand nombre d'animaux. Les recherches de MM. Ch. Robin, Lanquetin, etc., sont complétées par les études personnelles de M. Mégnin.

L'histoire naturelle de ces animalcules y est exposée avec un luxe de détails qui permettra à tous ceux qu'intéresse ce petit monde de pénétrer l'organisation de ces parasites et de voir quelles sont les différences qui les séparent. Bien des caractères entièrement nouveaux sont donnés par l'auteur.

Outre la biographie du sarcopte de l'homme, on trouvera une description très détaillée et fort intéressante du *demodex folliculorum* et de ses différentes formes, de son anatomie, de ses mœurs et de ses habitudes.

L'auteur passe ensuite à l'examen des dermatoses acariennes de l'homme. L'historique de la gale vulgaire est un chapitre que tous les médecins doivent lire ; M. Mégnin passe en revue l'évolution qu'a subie la doctrine scabiei depuis la première mention qu'on en trouve dans la Bible jusqu'à l'époque actuelle. Pendant tout le moyen âge et la pé-

riode moderne, l'idée de la nature humorale de la gale était partout admise et ce n'est que vers la fin du premier tiers de notre siècle (1834) qu'on reconnut enfin la véritable cause de la maladie.

Dans l'étude nosographique que M. Mégnin consacre à la gale, il s'occupe avec soin de l'étiologie de cette affection. Il insiste de nouveau sur le fait, admis aujourd'hui par la plupart des dermatologistes, que le *sarcoptes scabiei*, variété *hominis*, est particulier à l'homme et ne provient pas des animaux.

Mais, contrairement à M. le professeur Hardy, l'auteur admet que certaines variétés de gale que présentent les animaux peuvent se transmettre à l'homme. Ces espèces ou variétés seraient le *sarcoptes scabiei*, variétés *equi*, *lupi*, *suis*, *cameli*, etc. L'auteur rapporte un certain nombre de faits et d'expériences recueillis en France et en Allemagne, qui, à ce point de vue, semblent démonstratifs. Toutefois, ces gales des animaux, quand elles se transmettent à l'homme, — ce qui paraît être, somme toute, assez rare, — se traduisent par des éruptions qui ont tous les caractères de la gale ordinaire; mais elles sont beaucoup plus fugaces et disparaissent d'ordinaire spontanément ou avec de légers soins. La cause infiniment la plus fréquente de la gale ordinaire de l'homme, est le *sarcoptes scabiei* de la variété qui lui est propre.

La gale norvégienne ou croûteuse qui a été signalée pour la première fois par Boeck, de Christiania, et étudiée surtout par Hebra, Cazenave, Fuchs, etc... est le sujet d'un chapitre intéressant, et nous sommes, sur ce point, absolument de l'avis de l'auteur.

On trouvera enfin dans le livre dont nous cherchons à donner une idée des indications précises sur l'histoire naturelle de tous les autres parasites qui infestent l'homme, et sur les éruptions auxquelles ils donnent lieu. Ceux qui atteignent les animaux domestiques sont également décrits avec de nombreux détails, ainsi que les lésions qu'ils occasionnent. De nombreuses figures intercalées dans le texte et un atlas des plus complets permettent d'apprécier de la manière la plus exacte, non seulement les caractères anatomiques des parasites qui atteignent la peau humaine et celle des animaux, mais encore de se rendre compte des transformations qu'ils subissent. C'est de la zoologie mise à la portée des médecins en même temps qu'éclairée par la médecine. A. DOYON.

A TREATISE ON THE MATERIA MEDICA AND THERAPEUTIC OF THE SKIN (TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE DE LA PEAU), par le D^r HENRY G. PIFFARD, 1 vol. in-8°, New-York, chez Willam Wood et C^e, 1881.

Les États-Unis sont certainement un des pays où l'on cultive la dermatologie avec le plus de zèle et de succès. Nous avons déjà eu bien des fois l'occasion de le constater. Outre un recueil spécial (dirigé avec beaucoup de talent par le D^r Duncan Bulkley) et de nombreuses publications qui viennent chaque année témoigner de l'activité de nos confrères américains, ils possèdent encore une institution que nous serions particulièrement désireux de voir s'introduire en France, une *Société de dermatologie* dans laquelle soient étudiées et discutées toutes les questions qui se rattachent à cette importante branche de la médecine. Dans ces dernières années surtout la dermato-pathologie a fait d'immenses progrès tant au point de vue de l'anatomie pathologique qu'en ce qui concerne les méthodes de traitement. La plupart des médecins, ceux du moins qui n'ont pas suivi les hôpitaux spéciaux, sont assurément fort peu renseignés sur l'évolution qui se fait depuis quelques années autour des problèmes divers qui concernent l'étude des dermatoses. Or, le *Journal spécial*, quelques services qu'il puisse rendre à tous les travailleurs, ne saurait complètement remplacer le compte rendu des discussions qui ont lieu dans toutes les sociétés savantes. Tout abrégé qu'il soit, ce résumé, publié par les journaux, contribuerait puissamment à mettre le public au courant des questions qui s'agissent, des modifications que le progrès régulier et soutenu des sciences imprime aux idées et aux théories médicales, et enfin à indiquer les nouveaux procédés thérapeutiques. C'est ce dernier point qui intéresse surtout les praticiens. Mais si quelques formules publiées de temps à autre peuvent avoir un certain intérêt, nous avouons qu'en dermatologie elles sont absolument insuffisantes, à moins d'un commentaire spécifiant les conditions précises dans lesquelles on doit les employer. Ce n'est pas tout d'avoir un arsenal thérapeutique bien garni, il faut savoir en tirer parti et se rendre un compte exact des cas dans lesquels non seulement on doit préférer tel remède à tel autre, mais une foule d'autres circonstances qui peuvent le rendre à un moment donné inefficace ou sensible. Eh bien ! dans les discussions qui se produiraient à coup sûr dans une société de dermatologie, on verrait surgir bien des aperçus nouveaux, signaler bien des traitements encore peu connus, etc., dont la vulgarisation serait un utile appoint pour la pratique journalière de la médecine spéciale. Ajoutez-y le contrôle résultant du débat contra-

dictoire et public immédiatement souvent entre les autorités les plus compétentes sur toute question litigieuse ou obscure.

Ce sont là des vérités banales, mais si aujourd'hui la plupart des branches de la médecine ont fondé des réunions, il n'en est pas encore ainsi pour la dermatologie, malgré nos appels réitérés et ceux de plusieurs de nos confrères. Seule, l'Amérique a réalisé ce desideratum. Quand donc verrons-nous enfin son exemple suivi parmi nous ?

Le livre que publie le Dr Piffard est tout à la fois un traité de matière médicale et de thérapeutique en ce que ces sciences ont de spécialement afférent aux maladies de la peau.

La première partie est consacrée à l'étude des médicaments qui ont une action sur le tegment et à leur mode d'action. Dans la seconde partie l'auteur examine à quel moment de la maladie on doit avoir recours à certains médicaments et comment il importe de les appliquer. En outre, dans un résumé préalable, succinct, mais très précis, le Dr Piffard énumère les caractères principaux de chaque dermatose ; cette étude a pour but de faciliter le diagnostic et de préciser les indications du traitement.

Pour la matière médicale l'auteur a adopté l'ordre alphabétique qui permet des recherches plus rapides que tout autre mode de classification.

Pour les médicaments l'auteur a fait appel aux traités de matière médicale et aux pharmacopées de la plupart des pays.

Chaque remède est étudié sous quatre points de vue qui sont dans le texte courant indiqués sous les rubriques suivantes :

- A. Action produite sur la peau saine par l'ingestion du médicament ;
- B. Effets occasionnés par son application locale ;
- C. Affections de la peau dans lesquelles on a constaté l'action curative et avantageuse des remèdes administrés à l'intérieur ;
- D. Enfin, affections cutanées dans lesquelles le médicament, employé localement, s'est montré utile.

Une seule citation va nous permettre de montrer la voie suivie par le Dr Piffard :

Prenons, par exemple, l'acide chrysophanique.

« 1^o Acide chrysophanique : appliqué sur le cuir chevelu, il occasionne une éruption papuleuse de la face.

« On l'a conseillé dans la trichophytose et la chromophytose ; mais principalement dans le psoriasis.

« Remarques. C'est depuis six ans seulement que les médecins européens connaissent ce médicament comme un parasiticide d'une remarquable énergie. Squire, de Londres, a reconnu son efficacité contre le psoriasis. Dans les affections parasitaires d'origine végétale il est très-

utile, quand leur siège est superficiel, comme dans la chromophytose et la trichophytose du tronc.

« D'un autre côté, lorsque le follicule pileux est profondément envahi par le champignon comme dans le trichophytose de cuir chevelu ou de la barbe, il devient insuffisant. Dans le psoriasis il a mérité une haute réputation et il est incontestablement l'agent externe le plus actif que nous ayons contre cette affection. Bien qu'un peu irritant on peut l'appliquer sur de larges surfaces, mais il faut s'en servir avec modération et précaution à la face. Ce n'est pas, à proprement parler, un acide mais un corps neutre auquel on a proposé de donner le nom mieux approprié de *chrysophane*; comme ses similaires, il est très peu soluble et ne se dissout que dans l'alcool, l'éther et les dérivés du pétrole. On l'emploie ordinairement sous forme de pommade contenant de 5 à 15 0/0 de chrysophane. »

En tête de la seconde partie, l'auteur a placé une courte introduction dans laquelle il passe rapidement en revue les deux doctrines qui se partagent aujourd'hui la dermatologie : l'école de Vienne fondée par Hebra et celle de Paris représentée primitivement par Alibert. Ces doctrines sont bien connues de tous, nous n'avons donc rien à en dire ici ; du reste l'auteur s'est abstenu d'entrer dans les détails et n'a pas touché aux grandes questions de classification, qui n'ont, du reste, rien à faire dans un livre consacré exclusivement au traitement.

Pour la thérapeutique comme pour la matière médicale c'est à l'ordre alphabétique que le dermatologiste de New York a donné la préférence.

Toutes les maladies de la peau ont trouvé place dans cette seconde partie. Elles sont décrites d'une manière sommaire, mais cependant suffisante pour pouvoir les reconnaître soit sous leur forme principale, soit dans leurs variétés. Après quelques lignes consacrées au diagnostic, au pronostic et à l'étiologie, l'auteur passe au traitement interne et externe ; et comme l'indique d'ailleurs le titre de l'ouvrage les développements les plus considérables sont donnés à cette section du livre.

Les opinions des principaux dermatologistes américains et étrangers, les divers traitements qui ont été employés avec succès soit par lui-même, soit par les autres dermatologistes, sont reproduits avec beaucoup de soin.

L'auteur se montre très au courant de la littérature spéciale de tous les pays. Aussi cet ouvrage sera-t-il un utile complément pour tous ceux qui, dans notre pays, s'occupent d'études dermatologiques et n'ont pas le temps de fouiller les livres ou les recueils étrangers.

Si une petite critique nous était permise nous dirions qu'il aurait peut-être mieux valu énumérer un moins grand nombre de méthodes de trai-

tement et insister davantage sur celles qui *guérissent* ou du moins qui donnent de bons résultats.

Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, à propos du lupus, nous eussions préféré, au lieu d'une simple mention, voir étudier à fond la question du traitement par les scarifications linéaires, qui nous paraît actuellement, et de beaucoup, le meilleur procédé pour combattre cette affection, bien supérieur au raclage avec la curette (Volkmann) avec ou sans cautérisation consécutive.

L'ouvrage se termine par un index bibliographique et par un formulaire.

En résumé ce nouvel ouvrage du professeur Piffard est appelé, croyons-nous, à un réel succès. Il est le complément indispensable de tous les traités de dermatologie, les praticiens y trouveront de précieuses indications sur les ressources que la thérapeutique met à notre portée ; on y trouvera surtout d'utiles renseignements sur le mode de traitement qui convient aux variétés et aux différentes périodes d'une même dermatose.

Ce livre, du reste, nous intéressait peut-être plus particulièrement encore en raison de son cadre. C'est, en effet, M. le Dr Diday et moi qui avons eu les premiers l'idée de publier un traité de thérapeutique des maladies vénériennes et cutanées. Il nous serait difficile de dire dans quelle mesure nous avons réussi ; mais ce que la lecture de l'œuvre américaine nous persuade de plus en plus, c'est qu'un court résumé de pathologie accompagné de notions précises sur le traitement des maladies spéciales a sa destination assurée non moins certaine auprès des jeunes médecins que les réalités de leur carrière oblige tôt ou tard, et plus tôt que plus tard, à se rappeler qu'ils sont praticiens.

A. DOYON.

A PRACTICAL TREATISE ON DISEASES OF THE SKIN (TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU), par le Dr L. A. DUHRING, 2^e édit. un vol. in-8° chez J. B. Lippincott et C^{ie} Philadelphie, 1881.

Nous annonçons avec grand plaisir la seconde édition du traité des maladies de la peau du Dr Duhring; la première remonte seulement à 1876. Cette nouvelle édition est notablement augmentée, l'auteur ayant pris à tâche de ne laisser dans l'ombre aucune des nouvelles recherches qui se sont produites dans ces dernières années en dermatologie. Plusieurs articles nouveaux ont été ajoutés, nous signalerons entre autres:

Purpura pigmentaire, le pityriasis maculeux et circiné, la dermatite exfoliatrice, les néoplasmes fongiques, la tuberculose de la peau, l'afan-
chum, les myomes cutanés, etc.

Tel qu'il se présente, le livre du Dr Duhring constitue un excellent manuel pratique des maladies de la peau, élèves et médecins le liront avec profit, c'est un résumé exact, méthodique et parfaitement coordonné de nos connaissances actuelles en dermatologie. L'auteur a intentionnellement évité de discuter les points encore en litige. Ainsi, à propos de l'alopécie en aires, il se borne à dire qu'elle n'est ni de nature parasitaire, ni contagieuse. Nous eussions cependant aimé à trouver une mention des travaux de Eichhorst et de ceux publiés récemment en France, où les exemples de contagion ne sont plus aujourd'hui contestables; aussi, avec MM. Lailler et Ernest Besnier, croyons-nous qu'il y a plusieurs espèces d'alopécie en aires. Je sais bien que pour des étudiants un ouvrage dans lequel on laisse de côté toutes les questions non encore résolues est peut-être préférable. Mais peu de lecteurs, néanmoins, renonceront sans regret à connaître l'opinion sur ces points controversés, d'un homme jouissant d'une autorité pareille à celle de notre savant confrère.

L'auteur a adopté la classification de Hebra, toutefois avec quelques modifications, ainsi il a réduit les 12 classes du professeur de Vienne, à 9 seulement :

- I. — Anomalies de sécrétion. Troubles de sécrétion.
- II. — Hyperémies.
- III. — Exsudations. Inflammations.
- IV. — Hémorragies.
- V. — Hypertrophies.
- VI. — Atrophies.
- VII. — Néoplasmes.
- VIII. — Névroses.
- IX. — Parasites.

Comme on le voit, c'est toujours le principe de Hebra, il repose sur l'anatomie et la pathologie, à l'exception, toutefois, de la dernière classe, dont le point de départ est l'étiologie.

En résumé, bon et excellent livre qui est appelé à rendre de grands services, et que nous voudrions voir entre les mains de tous ceux qui veulent étudier la dermatologie. L'auteur est un des membres les plus zélés de la pléiade de dermatologistes américains, qui, depuis quelques années se sont consacrés à l'étude de cette branche de la science avec une ardeur et un succès que nous sommes heureux de constater.

Le même auteur continue la publication de son *Atlas of skin diseases*. La livraison VII vient de paraître. Elle contient quatre planches : *eczéma pustuleux, impetigo contagieux, syphiloderme (papuleux), lupus vulgaire*. Nous n'avons qu'une chose à dire, et c'est un éloge implicite mais sincère, c'est que cette livraison se maintient au niveau des premières. Cependant, qu'il nous soit permis d'émettre le vœu que les livraisons suivantes paraissent dorénavant à des intervalles moins éloignés. Cet atlas deviendra le complément indispensable de tous les traités de dermatologie.

A. DOYON.

GIUSEPPE PROFETA. — TRATTATO ELEMENTARE DELLE MALATTIE CUTANEE CHE OSSERVANSI IN ITALIA, SCRITTO PER IMEDICI PRATICI E PER GLI STUDENTI (TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES CUTANÉES QUI S'OBSERVENT EN ITALIE, ÉCRIT POUR LES MÉDECINS PRATICIENS ET LES ÉTUDIANTS.) Palermo, 1881.

Ce livre considérable est le résultat de vingt années de travaux et de recherches. Les lecteurs des *Annales* connaissent depuis longtemps Giuseppe Profeta. A peine docteur il parcourt les universités, s'inspirant à toutes les écoles, écoutant les leçons de maîtres qui étaient alors Devergie, Bazin ou Hébra, accumulant les notes, recueillant les observations curieuses, s'arrêtant un jour pour écrire un mémoire, puis continuant ses studieuses pérégrinations ; avide de tout connaître il fouille tour à tour l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, la Hollande. De retour à Florence, berceau de ses études les plus chères, et pénétré de reconnaissance pour ses maîtres de Paris, où il avait fait un long séjour, il publie un opuscule en français. Plus tard, et dès les *Annales* fondées il en devient un zélé correspondant. — Ce serait une tâche bien longue, mais bien intéressante, que de relever la suite de ses monographies. Mémoires originaux, études critiques se succédaient sans relâche dans la presse ou à la tribune des académies, toujours appréciés, toujours discutés ; c'est ainsi qu'il préludait à la préparation et à la publication du magnifique ouvrage qu'il livre aujourd'hui à notre impatience.

Une œuvre de 800 pages ne s'analyse pas en quelques lignes ; aussi ne tenterai-je pas d'indiquer pour chaque paragraphe l'ordre et l'étendue des descriptions ; du moins tâcherai-je de rendre palpable la manière de l'auteur et l'esprit qu'il insufflé à son œuvre. En dermatologie il est un certain nombre de questions fondamentales ; à la solution qui leur est donnée, on pèse hommes et doctrine ; ainsi ferons-nous.

Dans un passage de sa préface l'auteur nous fait connaître l'ardeur de juste revendication dont il est animé en faveur de son pays. Il semble vraiment en ouvrant les ouvrages italiens ou étrangers, qu'il n'y ait pas de littérature dermatologique italienne. Qu'on juge cependant de sa richesse ! C'est sur la péninsule qu'ont écrit et professé dans l'antiquité Celse, Pline, plus près de nous Vital de Turna, Guillaume de Salicet, Lanfranc, Montagnana, Marcellus Cumanus, Musa Brassavola, Fallope, Guido-Guidi. Plus tard et quand les

pays voisins s'enorgueillissaient de Willan, Lorry, Bielt, Alibert, deux noms rayonnaient en Italie, ceux de Morgagni et de Vincenzo Chiarugi. Ce dernier fit paraître en 1807 un traité (*sulle malattia cutanea sordide*), œuvre d'un véritable chef d'école. Aujourd'hui enfin la tradition n'est-elle pas continuée par toute une pléiade d'illustres maîtres, Manassei, de Rome, Michelacci, de Florence, Tanturri, de Naples, et Profeta ajouterons nous ! Oubliera-t-on que la première feuille spéciale a vu le jour à Milan, fondée en 1866 par notre si affectionné maître Soresina, dont l'autorité arrivait en peu d'années à grouper comme écrivains ordinaires les Campana, De Amicis, Dubini, Gamberini, Gibello, Marcacci, Morelli, Scarenzio, Schilling, Bertarelli ! C'est contre ce déni de justice que l'auteur veut réagir ; aussi les doctrines italiennes sont-elles largement et justement représentées dans cet ouvrage et, cela pour la première fois ; nous applaudissons sans réserve à ce patriotisme éclairé, convaincu que désormais tout dermatologiste tiendra à honneur de puiser à cette source autorisée les matériaux d'une loyale érudition.

Envisageons d'abord la structure générale de l'œuvre. C'est ici que je devrais faire connaître la classification de l'auteur, mais je me trouve fort embarrassé, car Profeta n'en apporte pas une, mais trois ; au fond il reconnaît qu'il y a surtout là une question de nomenclature et il refuse obstinément de se passionner pour l'une plutôt que pour l'autre, et pour le prouver il en suit deux ; la première est basée sur la division des dermatoses en génériques (*generiche*) et spéciales (*proprie*).

- I. MACULES. — Dermatose générique. — *Erythème, roséole, érysipèle, purpura, chloasma, achromie.*
Dermatoses spéciales. — *Albinisme, lentigo nævus pigmentaire, rougeole, scarlatine.*
- II. PAPULES. — Dermatose générique. — *Lichen, prurigo.*
Dermatose spéciale. — *Syphilide papuleuse.*
- III. POMPHUS. — Dermatose générique. — *Urticaire.*
- IV. VÉSICULE. — Dermatose générique. — *Varicelle, herpès, eczéma miliaire.*
- V. BULLES. — Dermatose générique. — *Pemphigus.*
- VI. PUSTULES. — Dermatose générique. — *Rupia, ecthyma, impetigo.*
Dermatose spéciale. — *Variole, vaccine.*
- VII. PHLEGMON DERMIQUE. — Dermatose générique. — *Furoncle hydrosadénite.*
- VIII. FORMES COMPOSÉES. — Dermatose générique. — *Sycosis, acné.*
- IX. SQUAMES. — Dermatose générique. — *Psoriasis, pityriasis.* — Dermatose spéciale. — *Ichtyose.*
- X. LÉSION SÉCRÉTOIRE. — Dermatose générique. — *Séborrhée, astéatose, éphydrose.*
- XI. LÉSION DE LA SENSIBILITÉ. — Dermatose générique. — *Anesthésie, hyperesthésie.*
- XII. LÉSIONS DES APPENDICES CUTANÉS. — Dermatose générique. — *Alopecie, canities, onyxis maligne, hypertrophie des ongles, chute des ongles.*
- XIII. FORMES NON CLASSÉES PARMI LES PRÉCÉDENTES. — Dermatose générique. — *Lupus, stries et macules atrophiques.*

Dermatoses spéciales. — *Comedon, milium molluscum, lupus erythémateux morphea, xerodermie, verrue, cor, sclérodémie, éléphantiasis des arabes, fibrome molluscum, chéloïde, xanthoma Rhinosclerome, nævus tuberculeux mycosis fongoïde, sarcome, dermatite escharotique, syphilide gommeuse.*

Voilà certes une classification complète et il eût été facile d'enfermer dans ce cadre la dermatologie entière et ses annexes, mais l'habitude de l'enseignement a appris à l'auteur que les questions doivent être présentées sous plus d'une face à celui qui veut apprendre, car, ne l'oublions pas, sa préoccupation a été d'écrire un livre pour les médecins praticiens et les étudiants.

C'est pourquoi, après avoir développé à grands traits dans un chapitre absolument parfait les principes de la pathologie générale de la peau, il consacre 300 pages à l'étude des lésions génériques suivant l'ordre que nous venons d'indiquer. Cela fait, la description est pour ainsi dire reprise à nouveaux frais et cette fois en suivant une nomenclature étiologique comprise ainsi qu'il suit :

DERMATOSES IDIOPATHIQUES.

- I. Spontanées. — *Toutes les dermatoses génériques peuvent être spontanées ; parmi les spéciales quelques-unes le sont souvent : comedon milium, molluscum, lupus érythémateux, ablimisme, xerodermie, lentigo, nævus pigmentaire, etc.*
- II. Pseudo-exanthématiques. — *Roséole, érysipèle, urticaire, varicelle, herpès phemphigus.*
- III. Provoquées. — *Presque toutes les génériques et de plus les suivantes, dermatite escharotique, callus, végétations, teigne favéuse tonsurante, pelade, gale, pediculi.*
- IV. Emotives. — *Érysipèle purpura, chloasma, achromie urticaire, pityriasis éphydrose, hypéresthésie, alopecie, canitie.*
- V. De cause physiologique. — *Érythème, roséole, érysipèle, etc.*
- VI. Ab. ingestis. — *Érythème, roséole érysypèle.*

DERMATOSES SYMPTOMATIQUES.

- VII. Dépendant de maladie constitutionnelle non infectieuses. — *Scrofulides. — Arthritides. — Léproïdes-Herpétides (?)*.
- VIII. Dépendant d'une infection non contagieuse. — *Érysipèle, miliaire, pemphigus.*
- IX. Dépendant d'une infection due à un contagium fixe. — *Syphilides.*
- X. Dépendant d'une infection avec contagium fixe et diffusible. — *Varicelle, rougeole, scarlatine, variole, vaccine.*

APPENDICE.

- XI. Dermatoses symptomatiques de maladies n'entrant pas dans le domaine de la dermatologie. — *Sudamina, Dyshydrose, anhydrose, atrophie des ongles, papules typhoïdes.*

Si Don Juan courtisait toutes les femmes pour arriver à trouver la meilleure, il faut avouer que M. Profeta a quelque chance de rencontrer la meilleure classification. Aussi nous n'oserions entreprendre de discuter les mérites de la première ni de la seconde, car l'auteur qui connaît aussi bien que nous leurs points faibles, nous en proposerait immédiatement une troisième ressemblant à s'y méprendre à celle d'Hébra. Nous ne ferons remarquer qu'une chose; autrefois le sévère Hébra s'accusait et s'excusait d'une faute de logique pour avoir donné à sa classe XII, celle des parasites, l'étiquette de la cause morbide, tandis que les autres étaient dénommés d'après la nature du processus, « c'est-à-dire d'une chose qui étant seulement une conception de l'esprit est invisible et ne peut être reconnue que par ses effets ». Aujourd'hui nous avons changé tout cela, il serait facile de relever plus d'une entorse de ce genre dans les classifications de notre auteur, qui ne s'en défend pas autrement, en quoi il nous semble absolument dans le vrai. Les classifications peuvent disparaître, ballottées et submergées au souffle des doctrines cruellement incertaines et éphémères de nos jours; qui nous dit que demain ce n'est pas le psoriasis et la syphilis qu'il nous faudra ranger dans l'ordre des lésions parasitaires? Mais ce qui reste, ce sont les descriptions, ce que ne peut écorner le temps c'est le monument clinique; Bertin et Neumann, Durhing et Bazin se rencontreront toujours sur ce solide terrain, ils y rencontreront aussi M. Profeta, car, disons-le sans réserve, la partie clinique, est de tous points excellente, très développée, très claire, on y sent le maître qui possède son auditoire, revient, s'arrête, brûle les détails inutiles, guide à la fois l'œil et la main; insistons surtout sur les très nombreux tableaux dans lesquels l'auteur s'est attaché à résumer les diagnostics difficiles. De quelles ressources ne seront-ils pas pour tous, professeurs et disciples? Citons parmi beaucoup d'autres, comme tout à fait remarquables les chapitres sur l'ichthyose, la sclérodémie, avec des tableaux nombreux et étendus, la miliaire qu'il sait admettre en dépit d'Hébra, ceux qui ont trait aux léproïdes, une nouvelle classe, sur laquelle l'auteur avait plus que personne le droit de nous instruire, aux dermatoses émotives, aux dermatoses spéciales de certains ouvriers notamment de ceux qui manient le soufre dans les mines de la Sicile, etc.....

Quelques mots maintenant sur la doctrine. Il y deux ans j'eus la bonne fortune de suivre à Florence les cliniques dermatologiques du Dr Augusto Michelacci; c'est une des grandes autorités de l'Italie; il a beaucoup écrit et professe admirablement. Me voyant désireux de connaître ses opinions sur les problèmes qui nous divisent encore, le professeur voulut bien faire trêve pour quelques instants à ses multiples occupations de clinicien et de directeur du grand hôpital de Santa-Maria-Nuova et m'accorda quelques instants d'entretien que j'employai à la façon d'un reporter. Je lui posai la question des diathèses et voici quelle fut sa réponse; ici je me borne à reproduire les notes prises séance tenante. — « Actuellement, dit-il, je me trouve en état d'évolution; après avoir été Baziniste, je me rapproche un peu plus de l'école allemande, sans en partager les conclusions extrêmes. L'herpétisme est surtout l'objectif de mes doutes je ne crois guère à ce type complexe, dont les caractères de spécificité ont été singulièrement exagérés; je ne conteste ni les arthritides ni les scrofulides; mais il est pourtant un fait dont je reste très frappé c'est que le nombre des maladies considérées comme diathésiques décroît de jour en jour; ne se rappelle-t-on pas qu'il y a peu de temps encore la phthiriasis et la gale étaient considérées comme des maladies constitutionnelles ». En résumé le professeur avait commencé avec Bazin et s'éloignait tous les jours davantage

de ce maître pour se rapprocher de l'école de Vienne. Cette conversation m'est revenue à la mémoire comme je lisai le chapitre herpétisme de Profeta. Est-il donc vrai que les doctrines de l'Antiquaille et de Saint-Louis soient destinées à céder le pas, sans même que leurs derniers partisans aient la consolation de se dire, en face d'apostasies si raisonnées et si autorisées :

« Un peu de pratique en éloigne, et beaucoup y ramène ! »

Quoi qu'il en soit, voici sur ce point l'avis formulé du maître sicilien. Ainsi qu'on le verra, l'arthritisme donne encore signés de vie, mais cela durera-t-il ?

« Les Anglais et les Allemands se taisent sur l'herpétisme, ou se bornent à dire incidemment qu'il est inventé, qu'il n'existe pas. En Italie Vigna l'appelle une entité imaginaire, Orsi un vice mythologique, sans parler des autres jugements sommaires ou même des sarcasmes qui lui sont prodigués. Mais en vérité quand des hommes comme Bazin, Hardy, Michelacci et Olavide auxquels la science dermatologique doit tout, en ont fait une branche pathologique rigoureuse et féconde, le sujet doit être traité plus sérieusement, et tout au moins devons-nous imiter Manassei, qui le discute au nom de la doctrine et de la pratique, avant de juger l'herpétisme comme le *Deus ex machinâ* et de le décrire.

« Pour moi, ajoute l'auteur, voici franchement mon avis. — Au point de vue théorique, il me semble que l'existence de cette diathèse n'est nullement en opposition avec les principes rigoureux de la pathologie générale ; si l'on admet tant de maladies ne peut-on en admettre une de plus ? Pratiquement, il me semblait voir des éruptions herpétiques et des sujets atteints de cette disposition constitutionnelle, quand mon esprit et mon observation étaient encore sous la tutelle des maîtres. Aujourd'hui qu'après avoir accepté leurs conclusions sous bénéfice d'inventaire, j'observe en Sicile sans idée préconçue, j'affirme qu'il ne s'est pas présenté à moi un seul sujet herpétique, une seule éruption qui méritât ce qualificatif. J'ai bien rencontré des dermopathies présentant quelques-uns des attributs assignés aux herpétides, mais toujours chez des sujets exempts de vice constitutionnel ou atteints de dispositions morbides mieux établies que l'herpétisme. J'ai donc toujours pu les considérer logiquement comme spontanées ou les rapporter à des conditions pathologiques manifestes et admises par tout le monde. Au reste l'expérience ultérieure m'apportera des éclaircissements définitifs et je ne serai jamais de ceux qui refuseront de les accepter. »

La thérapeutique tant générale que spéciale a reçu d'amples développements. C'est avec un grand intérêt qu'on lira dans un important chapitre d'ensemble les préceptes qui dominent la thérapeutique des dermatoses ; tour à tour l'auteur nous apprend à quelle époque il faut entreprendre le traitement soit local soit général, jusqu'à quel point il faut espérer en certains remèdes très vantés à diverses époques, ce qu'il faut faire pendant la période d'acuité, puis quels sont les moyens dont on dispose contre le prurit, les croûtes, les squames, les hypertrophies dermiques. Je ne découvre qu'une seule omission relative au traitement chirurgical des dermatoses par le raclement et les scarifications, l'auteur repousse le mode d'intervention, et bien à tort selon nous. Qu'il revienne à Paris, réalisant enfin une promesse que nous aimons à lui rappeler, qu'il parcoure les services de Saint-Louis et j'affirme qu'il reviendra de sa prévention.

En résumé, ce superbe ouvrage, très luxueusement imprimé, constitue une œuvre complète, l'œuvre raisonnée et longtemps méditée d'un penseur et d'un érudit, L'auteur nous promet pour un avenir prochain un *Traité des*

maladies vénériennes, conçu sur le même plan. Nous lui souhaitons de mener à bien cette fière entreprise. Il pourra dire alors *exegi monumentum*; car il aura vraiment construit un monument du haut duquel il se verra, sans concurrence, désigné pour les plus hautes situations professorales de son pays.

L. JULLIEN.

LE PÉRIL VÉNÉRIEN DANS LES FAMILLES, par P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille. Paris, 1881.

Plutarque rapporte quelque part qu'un de ses contemporains eut l'idée de calculer en combien de façons se pouvaient ranger les lettres de l'alphabet, et s'étonne du chiffre prodigieux auquel parvint cet investigateur. Aucune comparaison ne peut donner plus juste idée de l'incomparable fécondité qui marque l'œuvre dont nous allons nous occuper. Évidemment M. Diday, après avoir aligné les mots : syphilis, mariage, blennorrhagie chancrelle, future, mercure, épouse, naissance, copahu, nourrice, etc., s'est proposé d'étudier toutes les combinaisons qu'on peut obtenir par le mélange et l'intrication des situations auxquelles correspondent ces vocables. Il y a réussi, et, sous ce rapport, l'œuvre nouvelle l'emporte sur celle du calculateur grec, car, sans être moins complète, elle est instructive et attachante, scientifique et littéraire, artistique surtout. Vous supposez bien que le susdit péril, lequel nous menace tous, plus ou moins, du berceau au cercueil, est un prétexte heureusement choisi par l'auteur pour nous exhiber ses malades, ornés de leurs attributs et flanqués de leurs proches; un vrai compère de revue qui va faire défiler dans le cabinet du maître les types les plus divers observés dans toutes les circonstances de la vie, et, finalement, après nous avoir ballotté à travers les scrupules, les défaillances, les compromissions, et parfois le cynisme, nous montrera le bon vénérien récompensé et le méchant puni, non seulement dans sa chair et dans ses os, ce qui ne serait que juste, mais dans ceux de sa femme et de sa descendance.

Un tel livre ne s'analyse pas, aussi n'y tâcherai-je point; pas plus que je ne veux traduire les anecdotes au gingembre que l'auteur a cachées sous un latin transparent comme de l'eau de roche. L'œuvre vaut par la forme et la doctrine: la première, le nom de l'auteur me dispense d'en parler; je vais tâcher de faire comprendre l'esprit général qui dirige la seconde.

Il y a bien des années déjà, en 1854, l'auteur publiait l'histoire d'un

petit syphilitique qu'il avait réussi à faire bénéficier de l'allaitement mercenaire sans que la nourrice courût de réels dangers. Il avait eu soin d'écrire au médecin du village et lui avait fait, de l'aveu des parents, une confession générale sur le secret de laquelle la discrétion professionnelle était une garantie suffisante. Ce confrère était prié d'examiner très souvent l'enfant, et, dès qu'il verrait le moindre symptôme contagieux difficile à neutraliser, de faire suspendre l'allaitement naturel. Il exécuta à merveille ces indications. Pour ne point effaroucher la nourrice, il déguisait sous mille prétextes la fréquence de ses visites, tâchait de rencontrer comme par hasard l'enfant dans ses sorties, mettait en avant la crainte du muguet pour demander à examiner la bouche, le désir de voir si la propreté était observée pour s'autoriser à explorer les parties génitales. Bientôt la nourrice, sans défiance, s'habitua à aller d'elle-même au devant de cette inspection. Tant de soins eurent un heureux résultat, l'enfant traité depuis la naissance eut quelques plaques muqueuses aux commissures labiales ; avant qu'elles ne fussent bien caractérisées, il les brûla largement avec la pierre infernale et enjoignit à la nourrice de ne plus donner le sein gauche, dont le mamelon était un peu excorié. Bref, l'enfant guérit parfaitement sans avoir cessé un seul jour de têter sa nourrice qui resta saine. Je ne sais si le lecteur sera de mon avis, mais je vois dans ce simple fait un sentiment d'une pénétrante indulgence et d'une exquise délicatesse basée sur beaucoup d'observation et de savoir. Du jour où j'ai su lire en médecine, cette page m'a frappé : tout M. Diday est là, c'est le savant humanisé, heureux de compatir aux misères morales aussi bien que physiques, et de guérir, en même temps que les blessures du corps, celles de l'esprit et celles souvent plus cruelles de l'amour-propre, en employant toute sa science pour les premières, en mettant au service des autres les infinies ressources de sa bonté.

Faut-il un autre exemple, pour donner une idée de l'autorité pleine d'indulgence avec laquelle l'auteur tranche les plus redoutables problèmes ? je vais exposer sa manière de voir et de faire lorsqu'un syphilitique vient lui poser la question du mariage.

Et nous supposons d'abord le cas d'une infection particulièrement rassurante à ses débuts : on sait quel est sur ce point l'avis des maîtres. Je le rappelle pour faciliter les comparaisons. En 1873, Langlebert se prononçait ainsi : « Je crois pouvoir établir que tout individu qui, ayant eu une syphilis bénigne ou de moyenne force, convenablement traitée pendant quinze à dix-huit mois, a passé ensuite une année sans être atteint d'aucun accident, peut-être considéré comme guéri. On pourrait donc, à la rigueur, lui permettre aussitôt de se marier. Mais comme en pareille matière on ne saurait prendre trop de précautions, j'ai pour

habitude, quand rien ne s'y oppose, de demander comme temps d'épreuve une année de plus. » Total respectable : $18 + 12 = 30$ mois de délai obligatoire et 42 mois, soit 3 ans $1/2$ d'épreuve habituellement recommandée aux sujets qui ne sont pas pressés.

Telle est aussi, à peu de chose près, la formule générale indiquée par M. Fournier à la page 108 de son livre sur *la syphilis et le mariage* (1880). « A ne tenir compte que de la donnée de l'âge, je ne crois pas qu'il soit permis à un sujet syphilitique de songer au mariage avant une période minima de trois ou quatre années consacrées à un traitement des plus sérieux. Trois à quatre années, tel est le minimum nécessaire, indispensable, pour que la diathèse puisse s'épurer suffisamment sous la double influence du temps et du traitement, et pour que le malade, rentré dans la voie commune, ait le droit d'aspirer à devenir époux, père, soutien de famille. »

Voyons maintenant l'opinion de M. Diday : « La syphilis la plus commune à notre époque et dans nos régions, celle que j'ai appelée syphilis normale, c'est-à-dire à manifestations exclusivement tégumentaires et constamment décroissantes, s'éteint en 12 ou 13 mois ; on est en droit, après l'avoir observée 8 ou 10 mois, d'annoncer au malade qu'il pourra se marier dans 2 ans environ comptés à partir de l'invasion. Voilà le type, l'unité, autour de laquelle viennent se ranger les cas d'intensité variable, depuis l'atteinte diathésique ébauchée jusqu'aux degrés extrêmes, jusqu'aux exceptions même. »

Et ne croyez pas que la formule : 2 ans environ, soit uniquement à l'adresse des suspects. Non, l'auteur ne recule pas, à l'occasion, devant une solution plus hâtive encore. Voyez le couvrir de circonstances atténuantes un bien sympathique jeune homme, vérolé, cela s'entend, dyspeptique, strumeux et fumeur par dessus le marché. Ecoutez-le, et dites si vous n'êtes pas convaincus.

« Un employé de 31 ans vient me demander l'autorisation de se marier. Sa syphilis ne date que de 13 mois, et malgré plusieurs cures mercurielles elle a eu plusieurs récidives, dont la dernière, il y a 3 mois $1/2$, consistait en éruptions croûteuses du cuir chevelu, plaques papuleuses aux coudes, érosions sous-péniennes et l'inévitable queue de syphilis buccale, le tout cependant assez modéré. Jetant les yeux sur le sujet, je vois un jeune homme blond, mince, nerveux, un peu anémique (même antérieurement à la syphilis). Il a éprouvé des revers de fortune, est sujet à la dyspepsie, aux pertes de semences, fume, s'inquiète beaucoup de son mal... Somme toute, sujet à ajourner, ce me semblait. Mon parti était donc pris et je me recueillais, méditant sur la manière dont j'allais lui notifier sa sentence, lorsque devantant l'effet de mes réflexions : « Monsieur, me dit-il, du ton le plus calme, j'ai lu des livres de médecine ; et

il me semble qu'on peut, avec des précautions, éviter tout danger de rendre sa femme ou ses enfants malades. » Et là-dessus il se met à me décrire, en termes fort explicites, les ménagements, les retraits dont il compte user, en ménage, soit pour suspendre les rapprochements ou chastifier les baisers, dès qu'il se verrait quelque chose de suspect à la verge ou à la bouche, soit pour rendre le coït infécond durant les premiers mois. Et je l'écoutais, moi, avec une satisfaction mal dissimulée; je le laissais, sans interruption, jaser, développer ses petites théories que je n'aurais pu formuler plus orthodoxes, plus rassurantes pour l'avenir de son ménage. En conséquence, je ne pus que l'encourager et lui accorder la permission demandée au terme de 3 mois, avec prière de me faire dans 2 mois une dernière visite. »

J'ai cru devoir rapporter textuellement cette page, qui est le point culminant de l'ouvrage, la suprême hardiesse de cet esprit impatient de toute routine. Eh ! quoi ! le sujet n'a-t-il pas souffert de syphilides récidivantes ? dira quelque réacteur rebelle à cette velléité d'amnistie. — Hé ! songez qu'il a non seulement pris, mais appris la vérole ! — Mais sa constitution altérée, les troubles nerveux qui le tourmentent ! car, convenez-en, il est quelque peu entamé, le bon jeune homme. — Ah ! monsieur, les revers de fortune, les pertes d'argent et... autres ! rien ne vous émeut, vous ne comptez pour rien cet art des fausses confidences dont la théorie lui est si familière ! Au besoin M. Diday s'écrierait, comme l'avocat de je ne sais plus quel gredin : « Il aimait tant sa mère ! » et vous arracherait la permission des accordailles !

Et M. Diday a raison ; la pratique médicale ne doit pas être guidée par un ramassis de préceptes algébriques. Elle est de sa nature souple et ondoyante et veut se plier aux situations les plus diverses. Les formules abruptes sont les chevaux de frise destinés à nous défendre contre l'extravagance ou l'ignorance des intelligences étroites. Mais, quand un observateur de la taille de notre maître, quand un esprit aussi ouvert à l'appréciation des innombrables facettes d'un problème mille fois plus compliqué que toutes les recherches de l' x^2 , dit reconnaître l'à-propos d'une dérogation aux habitudes prises, ce n'est plus de la science, c'est de l'art, c'est du grand art. Il faut bien l'avouer, cependant, une telle désinvolture qui me ravit, que j'admire en dilettante chez ce puissant virtuose, je ne la verrais pas, sans appréhension, transportée dans le domaine de la pratique courante, car elle ne peut être légitimée que si elle est conquise de haute lutte par une science achevée de la maladie et du malade.

Si l'auteur a toujours aimé les syphilitiques comme ses enfants, il semble qu'il ait aujourd'hui pour sa famille l'affection, et j'en sais qui écriraient la faiblesse, d'un grand-père. Et je vous assure que rien n'est

moins platonique que l'art d'être grand-père tel qu'il est pratiqué par M. Diday. Il faut le voir sermonner l'enfant indocile, parlementer avec la belle-mère, louvoyer avec tel autre personnage soupçonneux. Peines perdues ! Le syphilitique s'est marié ! chapitrer le coupable serait inutile ; notre maître ne songe plus qu'à réparer la faute et le voilà consolant monsieur, surveillant la nourrice, couvant de sa sollicitude l'informe baby, répondant à chacun, tenant tête à tous les orages, semblable à ces personnes charitables qui réservent leur prédilection pour les êtres les plus dégradés, et certainement aussi aiguillonné par les épines d'une situation où la comédie coudoie si souvent le drame, où le moraliste comme le praticien trouvent toujours si ample moisson, il se donnera mission de ramener le calme dans ce ménage aux débuts tourmentés, préviendra la séparation, saura faire écouter les justes revendications de la nourrice malade, et, comme en se jouant, désarmera les avocats, et signera la paix *inter pocula* à la table du tabellion. Médecine et diplomatie mêlées, trop de diplomatie, ajouterai-je même, témoin les conseils relatifs au vol de l'ordonnance, à la monnaie du beau-père, au *nescio quid sordidum tetigeram* à l'usage de la nourrice, et à quelques autres pratiques qui font involontairement penser au titre de certain chapitre de Montaigne.

Laissez-moi vous le dire, mon cher maître, ils sont rares les confrères qui comprennent ainsi leur rôle, et j'ai bien peur que beaucoup y restent réfractaires, même après la lecture de vos pages, à la fois mordantes et émues, inspirées tour à tour de Diderot et de... Brantôme. Cette médecine-là, cet altruisme qui semble s'ignorer, et ne craint ni fatigues, ni compromissions, toujours prêt à payer de sa plume, de sa parole, voire de *sa personne*, pour sauver ou *convaincre*, cela ne s'enseigne ni dans les facultés, ni dans les livres, et il sera bien permis de le dire en s'adressant à un descendant de Marc-Antoine Petit, c'est la médecine du cœur.... avec l'esprit en plus.

. I E N.

ANALYTISCHE DIAGNOSTIK DER KRANKHEITEN IM GEBIETE DER DERMATOLOGIE UND SYPHILIDOLOGIE VERBUNDEN MIT THERAPEUTISCHEN RATHSCHLÄGEN. (DIAGNOSTIC ANALYTIQUE DES MALADIES QUI SONT DU RESSORT DE LA DERMATOLOGIE ET DE LA SYPHILIGRAPHIE ET CONSEILS THÉRAPEUTIQUES), par le Dr G. WERTHEIM. (Broch. in-8°, chez Gerold et fils. Wien, 1881).

Sous ce titre, l'auteur comprend toutes les affections que l'on désigne communément par le terme générique de maladies *externes*, c'est-à-dire

toutes celles qui se manifestent sur la surface cutanée ainsi que sur les parties du corps limitées par des muqueuses et qui sont accessibles à l'œil et au toucher. Dans ce petit opuscule de 41 pages, on trouvera une description succincte mais méthodique de toutes les maladies de la peau (y compris les exanthèmes aigus contagieux), et des lésions vénériennes et syphilitiques.

C'est un véritable aide-mémoire qui est appelé à rendre des services non seulement à tous ceux qui s'occupent de ces deux spécialités, mais encore aux praticiens. Tous y trouveront exposés en quelques lignes les caractères différentiels, diagnostiques, de chaque affection ; dans un court appendice, l'auteur décrit les parasites animaux (acare, poux et acare des follicules) et les parasites végétaux.

Les dernières pages sont consacrées à la thérapeutique qui, sur quelques points, me paraît un peu trop écourtée et peu conforme à l'observation clinique, notamment en ce qui concerne le favus et l'herpès tonsurant.

« Favus. — Dans cette affection, le traitement doit se borner à enlever les produits morbides les plus superficiellement placés, et par conséquent facilement accessibles ; ce sont les dépôts de *mauvaise couleur*, consistant en graisse, squames épidermiques et débris de cheveux. Pour les ramollir, on applique pendant la nuit des compresses imbibées d'huile, puis le lendemain on détache ces masses ramollies avec une éponge et du savon. Le peigne et la brosse font le reste. On a aussi recommandé l'épilation et l'emploi des soi-disants parasitocides. L'auteur ne leur attribue aucune efficacité ; suivant son expérience, cet état est incurable. Là où le favus existait, tout ce qui appartient au poil est détruit. Dans les points où il n'a pas pénétré, les poils persistent. Ce sont ces cas qu'on considère comme guéris. »

Tous les faits que nous avons observés nous ont amené à des conclusions diamétralement opposées à celles de l'auteur. Selon nous, le favus est absolument curable. Comme moyen de traitement, nous plaçons en première ligne l'épilation, les parasitocides qui ont cependant leur raison d'être ne viennent qu'au second plan. L'épilation peut, à elle seule, guérir le favus, et dans tous les cas elle est une condition obligatoire du traitement. Quant aux soins de propreté, toujours nécessaires, ils n'ont pas d'autre action, — et c'est déjà quelque chose, — que de s'opposer à la propagation du parasite. Nous avons vu des plaques de favus, non traitées médicalement, datant de plusieurs années, dans lesquelles on trouvait des cheveux envahis par l'achorion, mais qui, grâce à des soins attentifs de propreté, étaient toujours restées stationnaires.

« L'herpès tonsurant est beaucoup moins rebelle que la maladie précédente. Il ne détruit pas les poils à partir de leur base, il ne détermine que

leur cassure. Avec des soins de propreté on enlèvera en tous cas une partie des champignons. »

Le traitement de la trichophytie du cuir chevelu ne diffère pas, comme précepte à suivre, de celui du favus de la même région, mais en réalité autant l'intervention du médecin est suivie de résultats quand il s'agit de l'achorion, autant elle est incertaine quand on a affaire à des cheveux trichophytiques. Ces derniers se cassent presque tous et partant l'épilation est souvent illusoire; aussi doit-on plutôt compter sur la guérison spontanée, qui est fréquente. L'épilation constitue, du reste, toujours le meilleur moyen de limiter l'extension topographique du trichophyton.

Dans les conseils thérapeutiques donnés par l'auteur, on trouvera d'ailleurs pour bien des affections des renseignements précieux que tous, praticiens ou spécialistes, pourront mettre à profit. Nous engageons donc nos confrères à lire ce court mais substantiel résumé concernant le diagnostic et la thérapeutique de deux groupes importants de maladies que l'on a si fréquemment l'occasion d'observer.

A. DOYON.

LETTRES.

LETTRE DE M. HENRI LELOIR

A PROPOS DU TRAVAIL INTITULÉ

Nouvelles recherches anatomiques sur la prépustulation et la pustulation varioliques, par M. le professeur J. RENAUT.

(*Annales de Dermatologie*, n° du 25 janvier 1881.)

AU COMITÉ DE RÉDACTION DES *Annales*.

Dans un travail sur la pustule variolique, paru dans le précédent numéro des *Annales de Dermatologie*, M. le professeur Renaut me reproche un peu vertement de n'avoir pas cité la page 24 de sa thèse. Je pense qu'il eût été moins sévère s'il eût lu mon historique un peu long, il est vrai, avec plus de soin. Il aurait pu voir à la page 313 de mon mémoire (*Archives de Physiologie*, mars 1880), que je cite en entier la théorie de la formation des vésicules et pustules, telle qu'elle est décrite dans le Manuel de MM. Cornil et Ranvier, dans l'anatomie pathologique de la peau, qui, comme tout le monde le sait, et comme l'ont indiqué MM. Cornil et Ranvier, à la page 1172 de leur manuel, a été faite par M. Renaut.

Les mots « erronés », « absurdes », etc., de M. Renaut, et la phrase : « Il est vrai que sans cette attribution d'opinion, la théorie du développement du réseau pustulaire, proposé par M. Leloir, aurait beaucoup perdu de sa nouveauté » sont donc hors de propos et injustes.

Quant à la théorie de M. Renaut sur la formation du réseau de la vésicule, théorie que j'ai citée tout au long à la page 313 de mon mémoire, à propos du manuel de MM. Cornil et Ranvier, elle diffère complètement de la mienne, comme le prouvent les extraits suivants.

M. RENAUT dit à la page 24 de sa thèse sur l'érysipèle : « Les petites vésicules ont une toute autre origine que les phlyctènes. On voit à leur niveau, dans la couche moyenne du corps muqueux, des masses opalescentes très réfringentes, ne se colorant pas par le carmin, se développant dans le protoplasma des cellules épidermiques, grossir, *refouler latéralement le noyau*, et donner lieu, en fin de compte, à d'énormes cellules vésiculeuses qui s'ouvrent les unes dans les autres. Dans les cavités ainsi produites, on voit des cellules épidermiques à protoplasma granuleux, semblables à celles de l'épiderme embryonnaire et contenant un ou plusieurs noyaux vésiculeux; à côté d'elles, on rencontre des globules blancs. Ces derniers ne sont, vraisemblablement, que des cellules migratrices, qui traversent la coupe profonde du corps muqueux et pénètrent ensuite dans la petite cavité formée au centre de la lésion, par suite de la rupture des cellules vésiculeuses. C'est, du reste, par un mécanisme analogue que se forment les pustules varioliques, ou celles consécutives à l'action de l'huile de croton ou du tartre stibié sur la peau. »

M. LELOIR. Je dis en me résumant (pages 359 et 360 de mon mémoire de 1880) : « La lésion débute par la formation d'un espace clair situé entre le noyau et le protoplasma, et décollant en quelque sorte le noyau du protoplasma. Cet espace clair entoure complètement le noyau et va toujours en augmentant, il n'est pas réfringent et ne se colore ni par le carmin, ni par l'hématoxyline. Le noyau, loin de disparaître le premier, demeure le plus souvent intact au milieu de cette petite cavité. Lorsque la lésion cutanée doit aboutir à la formation d'une vésicule, cette cavité circumnucléaire s'accroît encore et nous arrivons ainsi au 2^e degré de la lésion; le reticulum primaire apparaît. A cette période, en même temps que l'espace circumnucléaire augmente, le protoplasma ambiant diminue d'étendue, perd son aspect granuleux, se raccourcit en quelque sorte. Dès ce moment, ces différentes régions épithéliales altérées présentent l'aspect d'un treillis, d'un réseau et rappellent à s'y méprendre, des cellules végétales. »

Ce qui fait la caractéristique du processus que j'ai décrit et qui aboutit à ma « transformation cavitaire » de la cellule et à la formation du réseau de la lésion cutanée élémentaire, c'est le début de la lésion par la formation d'un espace clair circumnucléaire, constitué par une sorte d'agrandissement de la zone qui entoure le noyau (zone hyaline centrale périnucléaire de Ranvier). Or, ce début caractéristique, M. Renaut ne l'a décrit ni dans sa thèse, ni dans le manuel de MM. Cornil et Ranvier, bien que dans son travail, publié dans le numéro précédent des

Annales de Dermatologie, un rapprochement heureux de sa thèse avec ma théorie pourrait le faire supposer aux lecteurs non prévenus. Il dit, en effet (page 5) : « Ainsi que je l'ai fait remarquer en 1874 (thèse, page 24), on remarque alors que cette zone est occupée par une sorte de boule opalescente très réfringente. »

Tout ce que je voulais donc faire observer à M. Renaut, c'est que, dans aucune de ses publications antérieures aux miennes, il n'a parlé du rôle capital que joue la zone périnucléaire dans la formation des vésicules et pustules.

Ceci dit, je pense que M. Renaut reconnaîtra, comme moi, que la non-citation de la page 24 de sa thèse était excusable, et je regrette que ce malentendu ait amené un semblant de désaccord entre ce savant histologiste et moi.

HENRI LELOIR.

RÉPONSE DE M. LE PROFESSEUR RENAUT

Je veux répondre à la note précédente avec toute la bienveillance que me commande l'âge de son auteur et que m'inspire l'intérêt que je porte à son développement scientifique. Il faut que M. Leloir soit bien persuadé que ce n'est pas un excès de susceptibilité qui m'a dicté la rectification dont il s'émue. J'ai cru devoir faire cette rectification pour dégager ma responsabilité et protester contre une opinion erronée qui m'a été attribuée à tort. Cette fausse attribution d'opinion est un fait ; il demeure, en effet, constant que M. Leloir me considère comme ayant soutenu, dans mon mémoire sur *l'érysipèle et les œdèmes de la peau*, que le réseau des vésicules et des pustules a son origine dans la dilatation des noyaux des cellules du corps de Malpighi, tandis qu'en réalité, deux pages plus loin, je donne à ce réseau, pour origine, la transformation vésiculeuse des cellules du corps muqueux consécutive au développement d'une masse claire et réfringente au sein de leur masse protoplasmique. Ceci suffit pour démontrer que ma rectification n'était pas *injuste*, j'ai, en effet, le droit et le devoir de répudier toute opinion qu'on m'attribue à tort.

En second lieu, je tiens à faire remarquer que ma rectification n'a pas été formulée *vertement* ni *sévèrement* ; puisque, l'erreur constatée, je l'ai attribuée à une simple méprise faite par M. Leloir avec bonne foi. J'ai, il est vrai, ajouté que cette méprise était en même temps une légèreté ; mais, franchement, pouvais-je m'exprimer autrement, en voyant un auteur appliquer à la *pustulation*, le passage de mon mémoire ayant trait à un simple détail de la formation des *bulles* ?

Ainsi donc, une erreur matérielle avait été commise, je la pouvais, je la devais relever, l'argumentation actuelle de M. Leloir ne peut rien changer à son ancienne méprise, qui est patente et indiscutable. Mais je vois, avec regret, qu'au lieu de se taire ou de s'excuser, il porte aujourd'hui la question sur un autre terrain. Il insinue que j'ai essayé, dans mon dernier mémoire, de m'approprier sa description de la *transformation cavitaire* en effectuant entre mon ancienne théorie de la pustule et la sienne propre ce qu'il appelle un *rapprochement heureux*.

Je dois répudier cette insinuation comme elle le mérite. J'ai cité en son lieu la théorie de M. Leloir, j'ai positivement dit que *le réseau pré-pustulaire supérieur se constitue par le mécanisme de la transformation cavitaire (Leloir)*. J'ai donc rendu toute justice à l'auteur que je citais. S'il suffit de comparer deux théories et de reconnaître leur similitude

pour être accusé de plagiat, que faudrait-il dire du procédé qui consiste à remplacer une théorie analogue à celle qu'on va proposer par toute autre chose que ce qu'a dit l'auteur précédent ?

Que M. Leloir se rassure, sa transformation cavitaire restera sa propriété exclusive ; personne ne se trompera à la lecture de mon mémoire, tandis que tout le monde croira à la lecture du sien que j'ai commis une grossière erreur. C'est donc M. Leloir qui, s'il en avait eu le crédit, aurait été injuste à mon égard, chose que je veux laisser passer pour cette fois sans insister davantage, de crainte de nuire à la réputation d'un jeune homme que j'ai vu autrefois, avec plaisir, se consacrer aux recherches histologiques. Ces choses dites, je déclare ici l'incident définitivement clos.

J. RENAUT

RECTIFICATION.

Dans le numéro précédent, dans l'exposé de *la classification des maladies de la peau* du professeur Auspitz, il s'est produit deux interpositions, nous les rétablissons ci-après. Sans cela, il serait impossible de s'y reconnaître.

1° Page 178 : *Dermatoses angio-nerveuses*, il faut rectifier comme il suit la II^e famille : *angionévroses toxiques de la peau (éruptions médicamenteuses, etc.)*, et ajouter ensuite la III^e famille. *Angionévroses essentielles, etc.*, placée par erreur (page 180) parmi les *stases*.

II^e famille: *Angionévroses toxiques de la peau (éruptions médicamenteuses, etc.)*.

1. Avec prédominance de tuméfaction inflammatoire :

Erythanthème toxique.

Variétés :

Formes maculo-papuleuses : ecthyma toxique, pellagre, acrodyne ;

Formes vésiculeuses et bulleuses : herpès, pemphigus et eczéma toxique ;

Formes pustuleuses : furoncles et ecthyma toxique ;

Forme hémorragique : purpura toxique.

2° Avec prédominance du spasme des vaisseaux de la peau :

Urticaire toxique :

3° Avec oblitération des vaisseaux et terminaison par nécrose :
Ergotisme.

III^e Famille. *Angionévroses essentielles de la peau (idiopathiques, diathésiques)*.

1. Avec prédominance de tuméfaction inflammatoire :

Erythanthèmes essentiels.

Variétés :

Formes maculo-papuleuses.

(a) Superficielles : érythème multiforme, papuleux, circiné, iris, annulaire.

(b) Profondes : érythème noueux ; formes vésiculeuses, bulleuses et pustuleuses ;

Herpès circiné, iris, annulaire,

Herpès phlycténoïde,
Herpès impétigineux (impétigo herpétiforme),
Efflorescences eczémateuses et pemphigoïdes par cause angio-nerveuse,
chez les hystériques, etc.

Forme hémorragique : purpura (pélio)se rhumatismal.

2. Avec spasme prédominant des vaisseaux de la peau :

Cnidos (urticaire, essentielle, chronique).

3. Avec dilatation vasculaire et néoformation de vaisseaux :

Erythème angiectasique (acné rosée).

Page 179. TROISIÈME CLASSE.

Il faut lire : **Dermatoses nerveuses** et non **névrotiques**.

Ensuite, II^e Famille, au lieu de : *Dermatoses nerveuses à évolution cyclique*, on doit lire : *Dermatoses nerveuses à évolution acyclique*.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

A PRACTICAL TREATISE ON DISEASES OF THE SKIN, par le D^r LOUIS DUHRING, professor of diseases of the skin in the hospital of the University of Pennsylvania, 2^e édit., revue et augmentée, 1 vol. in-8°. Philadelphie, 1881, chez J.-B. Lippincott et C^e.

ATLAS OF SKIN DISEASES, livraison VII, par le D^r LOUIS DUHRING, Philadelphie, 1881, chez J.-B. Lippincott et C^e.

THE RISE OF AMERICAN DERMATOLOGY, par le D^r LOUIS DUHRING, broch., in-8°, 1880, New-York, chez A. Scherwood.

SUPPLEMENT TO A CASE OF INFLAMMATORY FUNGOID NEOPLASM, par le D^r LOUIS DUHRING, broch. in-8°, Philadelphie, 1880, chez J.-B. Lippincott et C^e.

PITYRIASIS MACULATA ET CIRCINATA, par le D^r LOUIS DUHRING, broch. in-8°, chez Collins, 1880.

LE PÉRIL VÉNÉRIEN DANS LES FAMILLES, par le D^r DIDAY (de Lyon), 1 volume in-16 de xxix-448 pages. Prix 5 francs. A la librairie Asselin et C^e, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine.

A TREATISE ON THE MATERIA MEDICA AND THERAPEUTICS OF THE SKIN par le D^r HENRY PIFFARD, professor of dermatology of the University, of New-York, 1 vol. in-8°; New-York, 1881, chez W. Wood et C^e.

CLINICAL LECTURES ON THE PHYSIOLOGICAL PATHOLOGY AND TREATMENT OF SYPHILIS, par le D^r FESSENDEN, N. Otis, clinical professor of genito-urinary diseases in the College of physicians and surgeons, New-York, 1 vol. in-8°; New-York, 1881, chez PUTNAM.

RECHERCHES SUR LA PEPSINE, par A. PETIT, licencié ès sciences physiques, membre de la Société chimique et de la Société de thérapeutique, président de la Société de pharmacie de Paris. Prix : 2 francs.

ETUDE SUR LES SYPHILIS IGNORÉES, par LOUIS JUNON, in-8°, 1880. Prix : 2 francs. Librairie scientifique et littéraire d'André Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

DE L'ECZÉMA PILAIRE, brochure in-8°, par HOEL, 1881. Prix : 2 francs, chez Coccoz.

LE GÉRANT : MASSON.

Société d'imprimerie PAUL DUPONT. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 63.4.81.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITQUES PRÉCOCES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ⁽¹⁾,

par **CHARLES MAURIAC**, médecin de l'Hôpital du Midi.

DEUXIÈME PARTIE

DESCRIPTION GÉNÉRALE

Quand on recherche et qu'on étudie de près les manifestations variées qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané, à toutes les périodes de la syphilis, on ne tarde pas à se convaincre que les descriptions cliniques des tumeurs gommeuses de ce vaste département organique sont tout à la fois étroites et insuffisantes.

Elles nous donnent, en outre, une idée fausse de l'évolution

(1) Voy. *Annales de dermatologie*, 1881, 2^e série, t. 1, p. 419 et suiv.

syphilitique lorsqu'elles relèguent systématiquement, dans ses phases les plus reculées, l'apparition de ces productions gommeuses.

En les constituant à l'état de critérium infaillible du tertiariisme, elles généralisent et élèvent même à la dignité de loi un fait, vrai sans doute à beaucoup d'égards, mais qui cesse de l'être du moment qu'on l'uniformise sans tenir compte de ses nuances et de ses exceptions, et qu'on l'enferme et l'immobilise dans les barrières rigides d'une doctrine absolue.

Il n'est pas jusqu'à la symptomatologie, pourtant assez simple, de ces néoplasies sous-cutanées, qui ne soit incomplète, parce qu'on n'a voulu voir en elles qu'un seul type, tandis qu'il y en a plusieurs.

Et le processus, qu'on nous donnait comme à peu près invariable, n'est-il pas susceptible, au contraire, de présenter des aspects multiples et de subir des modifications profondes, qui tiennent à l'âge, à la forme de la syphilis et à toutes ces influences pathogéniques qu'elle met en jeu dans tel ou tel sens idiosyncrasique, chez les individus dont elle infecte la vie saine ou complique la vie pathologique ?

Je pense que la précocité de ces lésions ne paraîtra douteuse pour personne après les nombreux exemples que j'en ai rapportés. Mais elle est loin d'être la même dans tous les cas, et j'ai trouvé qu'elle oscillait entre 2 et 15 mois.

Du reste, pour mieux apprécier l'intervalle de temps entre le début de l'accident primitif et celui des néoplasies précoces sous-cutanées, qu'on pourrait appeler leur incubation, il faut l'envisager dans chacune des séries de cas que j'ai établies en me fondant sur certaines particularités importantes du processus intrinsèque :

La première série comprend les néoplasies sous-cutanées diffuses et généralisées, comme certains exanthèmes cutanés. Dans les quatre cas de ces néoplasies, à marche rapide, à physionomie inflammatoire, à résolution facile, que j'ai cru devoir désigner sous le nom d'*érythème noueux syphilitique*, nous trouvons que le temps écoulé depuis les débuts de l'intoxication jusqu'à celui de l'éruption a été de 4 mois $1/2$, 2 mois, 9 mois et 2 mois, ce qui donne comme moyenne pour l'incubation des nodosités érythémateuses un peu plus de 4 mois.

La deuxième série comprend les néoplasies sous-cutanées circonscrites et résolutives. La date de leur apparition dans le processus général de la maladie constitutionnelle ne diffère que

fort peu de la précédente. Les onze cas que j'ai recueillis donnent un minimum de 2 et un maximum de 3 mois. La moyenne est un peu moins de 3 mois.

Quant aux néoplasies précoces et cependant ulcéreuses qui forment la troisième série, elles se rapprochent beaucoup plus que les précédentes des formes gommeuses classiques du tissu cellulaire sous-cutané; aussi ne faut-il pas s'étonner que leur éloignement du début de l'accident primitif soit plus considérable. L'intervalle minimum, en effet, a été de 4 mois et le maximum de 14. La moyenne pour les cinq cas de cette série, auxquels j'ajoute un sixième cas, observé récemment, donne une moyenne de neuf mois d'incubation.

On voit donc, par ce qui précède, que c'est en pleine période virulente de la maladie constitutionnelle, à son commencement et à sa phase moyenne, plutôt qu'à son déclin, que ces sortes de productions gommeuses sous-dermiques se montrent et se développent. Aussi appartiennent-elles exclusivement par leur date à ce qu'on est convenu d'appeler la syphilis secondaire. Et même, dans la syphilis primitive, ne voit-on pas quelquefois survenir comme complication du chancre infectant, mais dans le rayon circonscrit de sa sphère lymphatique, des affections du tissu cellulaire sous-cutané qui présentent la plus grande analogie avec les néoplasies sous-cutanées secondaires ou tertiaires? Je veux parler des œdèmes durs éléphantiasiques, diffus ou limités, des indurations de voisinage dermo-cellulaires, des trainées des suffusions plastiques le long des vaisseaux lymphatiques, autour des ganglions, dans les aines ou même au pubis, qui se résolvent en général mais subissent aussi parfois, comme de vieilles gommages, par un processus infiniment plus rapide, il est vrai, la fonte nécrobiotique de leurs éléments propres et des tractus conjonctifs au sein desquels ces lésions se sont développées. A envisager ainsi la chose, l'opportunité des néoplasies sous-cutanées est de toute saison, et ce n'est pas à tel moment précis du processus, mais à toutes ses phases, qu'on les peut observer. Reste à savoir quels sont les principaux traits de leur physionomie et les particularités caractéristiques de leur processus, qui nous permettront de les reconnaître, de déterminer leur âge et d'apprécier leur signification pathologique dans ce vaste ensemble de phénomènes morbides, constamment ouvert à toutes les déterminations spécifiques, sur tous les organes et sur tous les tissus de l'économie.

I

Parmi les néoplasies sous-cutanées d'origine syphilitique les plus remarquables par leur précocité et par leur ressemblance avec les éruptions généralisées des premières phases de la maladie, ce sont celles que je désigne sous le nom d'*érythème nouveau syphilitique*. Je crois qu'il suffira de lire une seule des quatre observations que j'ai rapportées, pour y trouver à chaque ligne la justification de ce titre. Comment se fait-il qu'une lésion aussi saisissante par son aspect extérieur, et dont l'originalité s'accuse si fortement dans l'ensemble et le détail des phénomènes qui la caractérisent, n'ait pas fixé jusqu'à présent l'attention des observateurs et soit restée complètement ignorée? Je ne m'explique ce fait que par la confusion qu'un examen superficiel a dû faire naître entre cette espèce d'érythème nouveau et les espèces qui se rattachent à d'autres causes accidentelles ou constitutionnelles.

Pour bien mettre en lumière son autonomie spécifique et fixer sa topographie, sa date et les traits qui l'individualisent au milieu des manifestations hypodermiques de la syphilis, je vais réunir dans un même tableau ses principaux symptômes.

L'érythème nouveau syphilitique est constitué par des tumeurs habituellement ovoïdes ou par des plaques irrégulières, occupant séparément et simultanément le derme et l'hypoderme. Leur volume est très variable; quelques-unes n'ont que la grosseur d'une petite noisette, tandis que d'autres peuvent acquérir 3 ou 4 centimètres et plus dans tous les sens principalement dans celui de la superficie, quand elles s'étalent sous forme de disques irréguliers au-dessous de la peau.

Parmi ces tumeurs, celles qui ressemblent le plus à l'érythème nouveau ordinaire sont celles qui adhèrent au derme et qui font corps avec lui comme si elles s'étaient infiltrées dans l'épaisseur de son tissu. On les trouve disséminées sur les membres, plus rarement sur le tronc. C'est surtout aux jambes et aux avant-bras qu'elles se multiplient jusqu'à devenir quelquefois confluentes. Leur couleur est rosée à la périphérie et d'un rouge sombre, violacé, comme ecchymotique dans leur centre où la pression ne la fait pas complètement disparaître. Quoique bien circonscrites, elles ont de la tendance à s'entourer d'une zone de tissu cellulo-dermique oedématié. Souvent les parties de peau saine qui les séparent sont un peu injectées. Quand les nodosités

érythémateuses sont en grand nombre sur le même membre, il prend un aspect boursoufflé, œdémateux, sa peau se tend et devient luisante, comme dans les suffusions séreuses aiguës ou sub-aiguës.

C'est qu'il existe toujours alors un véritable état inflammatoire du derme et de son tissu sous-jacent. La pression sur ces nodosités excite une assez vive douleur qu'on provoque aussi, mais à un degré plus faible, dans les parties intermédiaires de peau saine. Outre cette douleur provoquée, il se produit spontanément des sensations pénibles de gêne, de pesanteur, de constriction et même des élancements névralgiques qui acquièrent souvent une importance prédominante dans la symptomatologie de l'affection ; aussi méritent-ils d'être étudiés à part. Pour le moment, contentons-nous de les signaler.

N'existe-t-il pas une ressemblance parfaite entre ces nodosités érythémateuses syphilitiques et l'érythème noueux de toute autre origine ? Elle saute tellement aux yeux que tous les observateurs ont dû s'y tromper. Pour achever la confusion, il arrive assez souvent que cette éruption d'érythème noueux syphilitique est précédée et accompagnée de phénomènes fébriles et d'embarras gastriques, tout comme l'érythème noueux de cause non spécifique. La distinction serait donc impossible à établir s'il n'y avait pas à côté de ces nodosités érythémateuses d'autres productions de même nature et contemporaines, sur la nature desquelles on ne peut avoir le moindre doute.

En effet, outre les suffusions intra-dermiques de l'érythème noueux, on trouve toujours des tumeurs ou des plaques hypodermiques plus indépendantes de la peau, ou même ne présentant avec elles aucune adhérence, et libres et mobiles dans le tissu cellulaire sous-cutané. Tous les degrés d'adhérence et d'isolement se peuvent constater chez le même sujet. Il y a de ces nodosités qui roulent sous le doigt ; d'autres sont en partie immobilisées, parce que, par leur surface externe, elles se confondent avec la face profonde de la peau, qui présente parfois une teinte rosée à ce niveau. Parmi les nodosités et les plaques sous-dermiques tout à fait libres ou faiblement engagées dans les adhérences dermiques, il y en a qui sont et qui restent ainsi pendant toute la durée du processus ; mais d'autres n'arrivent à cet état qu'après avoir constitué la tumeur typique de l'érythème noueux. Voici ce qui se produit en pareil cas : la néoplasie érythémateuse, au déclin de son état aigu, se débarrasse de l'atmosphère œdémateuse qui l'entourait ; ses contours se circonscrivent plus nettement, peu à peu

ils ne font plus corps avec la peau ; ils s'en détachent de plus en plus chaque jour et il arrive un moment où la tumeur devient complètement libre dans le tissu cellulaire sous-cutané et ne tient plus au derme que par une faible partie de la surface extérieure. Voit-on l'évolution se faire de cette manière dans l'érythème noueux d'origine commune ? Du reste, si à première vue ces nodosités de l'érythème syphilitique ressemblent à celles de l'érythème ordinaire pendant la période de début et de progrès, on peut constater entre elles quelques différences, même à ce moment-là. Une des principales réside dans ce fait, à peu près constant, que l'amas dur de matière plastique qui constitue la tumeur érythémateuse syphilitique est, en général, deux ou trois fois plus étendu dans tous les sens que la tache rouge vif, violacée et ecchymotique de la peau.

Les suffusions en plaques, adhérentes ou non adhérentes à la peau, atteignent quelquefois des dimensions très considérables. J'en ai vu qui avaient une superficie de plusieurs centimètres carrés. Pendant leur phase la plus aiguë, la peau qui les recouvrait était rouge, tendue et luisante. On aurait pu les prendre pour un phlegmon qui allait suppurer ; mais leur consistance restait toujours dure et ferme, et, dès que les phénomènes inflammatoires diminuaient, on sentait la plaque se détacher de la peau et former au-dessous d'elle une tumeur indépendante.

Dans leur localisation sous-cutanée et hypodermique ou dermique, on voit rarement ces productions néoplasiques occuper, depuis leur début jusqu'à leur révolution définitive, une position constamment fixe. Elles semblent partager leurs faveurs entre les couches les plus profondes du derme ou le derme lui-même et le tissu cellulaire sous-jacent. N'avons-nous pas vu tout à l'heure qu'elles abandonnaient le tégument pour élire définitivement domicile dans la trame conjonctive, après avoir rompu toutes leurs adhérences avec la peau ou n'en avoir conservé que d'insignifiantes ? La marche inverse s'observe quelquefois mais moins souvent : ainsi des nodosités ou des plaques qui durant les premières semaines de l'éruption étaient restées enfermées dans le tissu cellulaire sous-cutané, s'avancent peu à peu vers la peau, contractent des adhérences avec ses couches profondes et finissent par faire corps avec elle. Cette union n'est pas toujours intime ni fort étendue. Il est même très rare que la peau, au niveau de ces adhérences de la dernière heure, rougisce, s'amincisse, s'œdématisse, se tende et présente les caractères de la véritable nodosité érythémateuse. Ce processus évolue à froid ; il reste tou-

jours indolent et la peau n'est jamais sérieusement endommagée. Les tumeurs gommeuses de la phase tertiaire dont les transformations, dans leur passage de l'état de crudité à l'état de ramollissement, s'effectuent quelquefois si lentement, affectent aussi une direction évolutive centrifuge. Nées au sein du tissu cellulaire sous-cutané, et d'abord libres de toute adhérence avec le derme, elles finissent par gagner et envahir sa couche profonde, par l'absorber dans toute son épaisseur et l'entraîner dans ce mouvement de fonte nécrobiotique qui aboutit, après l'évacuation du bourbillon du sphacèle, à la formation d'une caverne ulcéreuse dermo-sous-cutanée.

Dans les nodosités et les plaques de l'érythème noueux syphilitique, quelle que soit la violence des phénomènes inflammatoires, il n'y a jamais désorganisation des tissus envahis. La néoplasie se termine toujours par résolution. On ne doit pas craindre avec elle des métamorphoses interminables et profondes. On peut même prédire presque sûrement que les seules modifications qui se produiront dans son sein se réduiront à une diminution ou à une augmentation de volume, et, comme symptômes, à de faibles oscillations dans l'acuité ou la subacuité des phénomènes.

II

Ce ne sont pas seulement les caractères des nodosités et des plaques néoplasiques et leurs affinités pour le tissu du derme, avec lequel on les trouve en connexion plus ou moins étroite, qui m'ont déterminé à les englober sous la détermination commune d'érythème noueux. J'avais peut-être plutôt en vue, quand je le désignai sous ce titre, une propriété qui ne leur fait jamais défaut : celle de se produire simultanément sur plusieurs points, quelquefois du jour au lendemain, de la même manière que le ferait une affection érythémateuse exclusivement dermique et superficielle. — Il y a dans leur éclosion un *consensus* synergique qui règle leur destinée et la domine depuis leur début jusqu'à leur terminaison. — A quelques différences près, elles naissent, vivent et meurent de la même manière, comme il arrive, par exemple, aux papules des premières éruptions de la syphilis. Peut-être même y a-t-il moins d'écarts entre elles et plus d'homogénéité générale que dans les poussées qui n'intéressent que les parties les plus superficielles du derme.

Pendant leur phase d'involution ou de régression, c'est la peau

qui est abandonnée la première, surtout par les nodosités essentiellement érythémateuses. Peu à peu les rougeurs ecchymotiques pâlisent et prennent un teint jaunâtre, en même temps que la tumeur s'affaisse et devient tout à fait insensible; puis les plaques ou les nodosités diminuent de volume; on finit au bout d'un temps relativement assez court par ne les plus percevoir au toucher ni dans l'épaisseur du derme au niveau des taches, ni dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané.

Quand on envisage ces éruptions d'érythème noueux syphilitique dans leurs rapports avec la santé générale et le fonctionnement des divers organes de l'économie, on constate qu'elles sont annoncées presque toujours par un appareil fébrile irrégulièrement intermittent, ou mieux, rémittent, assez semblable à celui qui sert de prodrome aux premiers accidents consécutifs. Je l'ai noté surtout chez deux de mes malades, et ce fut chez eux que l'éruption fut le plus confluyente. Il m'a semblé que la réaction de l'organisme avait des relations beaucoup plus étroites avec les nodosités dermiques, qu'avec les suffusions ou les plaques sous-cutanées. En d'autres termes, plus l'éruption néoplasique est superficielle et étendue, plus elle suscite des troubles généraux soit avant, soit après son apparition.

Parmi les circonstances les plus intéressantes qu'a présentées l'histoire de quelques malades, j'ai noté les troubles de la sensibilité. Je ne veux pas parler ici des douleurs spontanées ou provoquées, toujours circonscrites, qu'on observe au niveau de la tumeur érythémateuse. Celles-ci sont généralement en rapport avec l'étendue et l'intensité de la congestion érythémateuse de la peau à la surface des tumeurs. Je fais allusion à ces algies variées qui siégeaient principalement dans les membres au moment où ils allaient devenir le siège de l'éruption érythémateuse. Elles tenaient tout à la fois des douleurs rhumatoïdes et des irradiations névralgiformes, et occupaient surtout les grandes masses musculaires où elles déterminaient des sensations de gêne, de pesanteur, de constriction, qui en rendaient la contractilité très pénible et allaient même jusqu'à empêcher la marche. Rarement continues, elles présentaient des exacerbations irradiantes et étaient toujours plus violentes la nuit que le jour. Enfin, chose remarquable, elle n'ont jamais manqué de diminuer tout à coup et même de cesser complètement lorsque l'éruption s'est effectuée. C'était là leur crise infaillible. N'est-ce pas ainsi que se passent les choses dans l'herpès névralgique et n'y trouverait-on pas un argument en faveur de l'intervention active des

troubles nerveux périphériques ou centraux dans la pathogénie des lésions cutanées ? Mais contentons-nous ici de signaler le fait sans en pousser plus loin l'interprétation. Quoique la douleur et les autres lésions de la sensibilité cutanée soient rares dans la syphilis, cependant on a vu quelquefois des algies se produire plusieurs jours d'avance sur les parties qui allait être le siège d'une éruption vérolique. L'érythème noueux qui nous occupe est de ce nombre. Je n'ai même jamais vu, dans aucune détermination dermique ou hypodermique de la maladie, une pareille perturbation des phénomènes de la sensibilité. Ici encore, l'intensité de ces phénomènes douloureux se rattache bien plus à la lésion néoplasique du derme qu'aux tumeurs et aux plaques sous-cutanées.

Dans le processus de cette affection, on observe quelques variétés mais elles ne portent que sur des détails insignifiants ; j'en ai suffisamment parlé, lorsque je me suis occupé de la symptomatologie, pour n'y plus revenir. Si les nodosités sont nombreuses, confluentes, et surtout si la peau est intéressée dans une étendue considérable et disséminée, sur les membres et sur le tronc, de grosses plaques saillantes, rouges, ecchymotiques douloureuses, l'affection, envisagée dans son ensemble, présentera deux phases bien tranchées : l'une aiguë et douloureuse, pendant laquelle tous les phénomènes arriveront rapidement à leur *summum* d'intensité et qui sera caractérisée anatomiquement par de larges suffusions dermiques et sous-dermiques très inflammatoires ; l'autre sub-aiguë où les symptômes cutanés disparaîtront vite, tandis que s'accroîtront ou s'accentueront davantage les tumeurs néoplasiques purement sous-dermiques qui prendront de plus en plus l'aspect et les allures des gommès jeunes et résolutives. La durée de la première phase est de 8 ou 10 jours ; celle de la deuxième de 15 ou 20 ; de telle sorte que la durée totale de la poussée dépasse rarement 30 ou 40 jours.

Mais il peut se produire, à des intervalles de temps plus ou moins considérables, d'ordinaire à brève échéance, une ou plusieurs poussées de même nature. Chez un de mes malades, j'ai observé deux récidives, chez un autre, une seule. Elles furent infiniment moins sérieuses que la première attaque ; c'est à peine s'il y eut quelques phénomènes aigus. Les nodosités rares et disséminées sur les membres formaient des petites boules de la grosseur d'une noisette, dures, à peu près indolentes, situées, les unes dans l'épaisseur même de la peau, qui ne présentait à leur niveau aucun changement de coloration, les autres dans le tissu cellulaire sous-

cutané. La plupart étaient libres et n'adhéraient pas avec la couche inférieure du derme.

Comme j'ai discuté longuement la question du diagnostic et de la nature de ces éruptions, à propos de chacun des cas rapportés dans la première partie de ce travail, il est inutile que j'y revienne ici. Qu'il me suffise de dire que pour rattacher ces accidents à la syphilis, il faut se fonder : 1° sur les particularités intrinsèques de la production morbide dermique et hypodermique ; 2° sur les accidents syphilitiques qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent, et qui montrent quelquefois avec elles une telle solidarité pathogénique qu'il serait difficile de les rattacher à une cause différente ; 3° sur l'impossibilité même où l'on se trouve presque toujours de remonter à une autre source. Avec ces éléments réunis ou quelques-uns d'entre eux seulement, on peut toujours arriver à distinguer l'érythème nouveau syphilitique de l'érythème nouveau ordinaire ou arthritique. Qu'on veuille bien se souvenir de cette circonstance, sur laquelle j'ai longuement insisté : que si intimement unies qu'elles soient au derme dans leur première phase, ces productions néoplasiques ont de la tendance à s'en détacher et à devenir indépendantes dans le tissu cellulaire sous-cutané. Enfin, à côté des nodosités dermiques inflammatoires d'origine syphilitique, qui ressemblent si parfaitement à celles de toute autre cause, qu'on ne pourrait établir entre elles aucune différence, ne trouve-t-on pas toujours de vraies nodosités, de vraies diffusions gommeuses qui sont si caractéristiques qu'elles mettent sur l'ensemble de l'affection l'empreinte indéniable de leur émanation constitutionnelle et spécifique ?

Le diagnostic est donc en général facile. Quant au pronostic, il se déduit tout naturellement de ce qui a été dit plus haut sur le processus, la durée et la terminaison de l'érythème nouveau syphilitique. Quelle que fût l'acuité du phénomène inflammatoire, je n'ai jamais vu ces tumeurs se fondre et s'ulcérer ; par conséquent il n'y a en elles aucune tendance maligne et elles se terminent toujours par résolution. Mais ne pourrait-il pas se produire dans les cavités splanchniques, au-dessous des muqueuses et des séreuses, des productions néoplasiques semblables à celles que nous venons de décrire à la surface externe du corps ? Je n'y vois rien d'impossible ; je serais même tenté de croire que de pareilles poussées ne sont pas étrangères à la production de quelques syphiloses internes aiguës, précoces et rapides dans leur processus. C'est là je l'avoue une simple hypothèse qui ne repose sur rien de réel et en faveur de laquelle on ne peut invoquer que des pro-

habilités fort aléatoires. J'ai vu dans certaines angines syphilitiques douloureuses, presque aiguës par l'intensité du phénomène et cependant chroniques par leur marche et par leur durée, des plaques rouges, saillantes, ovoïdes, sur les parties latérales et postérieures du pharynx, qui ressemblaient à de l'érythème noueux. Pour les séreuses, à supposer qu'il se produisit, au-dessous d'elles et dans leur épaisseur, des suffusions et des néoplasies syphilitiques précoces et résolutives, l'élément érythémateux, est-il besoin de le dire, ferait complètement défaut et serait remplacé par une pseudo-membrane ou une exsudation adhésive.

Le traitement de l'érythème noueux syphilitique est des plus simples. Il se confond avec celui de la maladie constitutionnelle; seulement l'iodure de potassium est mieux indiqué que le mercure. Mais, comme à côté de l'érythème il y a généralement d'autres coïncidences pathologiques qui réclament surtout ce dernier médicament, il faudra instituer un traitement mixte dans lequel l'un et l'autre des deux spécifiques aura des proportions variables, suivant les prédominances cutanées ou sous-cutanées. Quant au traitement local, il se bornera à des bains émollients et à des topiques de même nature, auxquels on ajoutera des calmants si les phénomènes sont aigus et douloureux.

III

Il me reste maintenant à dire quelques mots sur les néoplasies de la deuxième et de la troisième série. Comme elles s'éloignent beaucoup moins que l'érythème noueux syphilitique du type ordinaire ou gommeux, leur description sera moins longue que celle de ce dernier.

Prenons d'abord les néoplasies circonscrites et résolutives du tissu cellulaire sous-cutané. Ici nous n'aurons plus aucune poussée diffuse ou généralisée, ni rien qui ressemble à une éruption érythémateuse. Tout se passe dans le tissu cellulaire, au-dessous de la peau et sans elle, du moins pendant la première période de l'affection. On ne voit jamais survenir de réaction générale; la santé reste intacte et le fonctionnement de l'organisme s'exécute régulièrement. Il ne se produit point non plus de perturbations dans la sensibilité. L'insidiosité du développement, l'indolence, l'aphlegmasie, tels sont les caractères pour ainsi dire négatifs qu'on trouve à l'origine de toutes ces productions néoplasiques.

Leur précocité, ainsi qu'on l'a vu plus haut, ne le cède guère

à celle de l'érythème noueux syphilitique ; aussi constate-t-on en même temps qu'elles, sur la peau et sur les muqueuses, la plupart des éruptions superficielles et résolutes qui appartiennent à la phase secondaire ou virulente de la syphilis.

Dans leur configuration on trouve de grandes variétés, depuis la petite tumeur arrondie, dure, mobile, grosse comme une fève ou une noisette, jusqu'aux larges infiltrations sous-cutanées plus ou moins adhérentes avec les couches profondes du derme, qui peuvent occuper toute une région, telle que le plancher de la bouche, par exemple, ou la région parotidienne, etc.

Le processus se réduit dans la plupart des cas à une augmentation et à une diminution rapides de la néoplasie, sans aucune modification apparente dans sa consistance et dans sa constitution moléculaire. Ce mouvement en sens inverse ne demande que peu de temps pour s'effectuer. C'est, en effet, un des principaux caractères de ces sortes de tumeurs gommeuses d'être, pour ainsi dire éphémères, si on compare leur marche et leur durée à celles que présentent les gommès de la phase tertiaire. Il y en a qui ne mettent pas plus de 20 jours à parcourir toutes leurs périodes. D'autres, il est vrai, ne disparaissent qu'au bout de 40 à 45 jours. Ce sont celles dans lesquelles le processus plus compliqué ne s'en tient plus à un simple changement de volume, mais aboutit à une transformation liquide de la tumeur. Le ramollissement de la masse solide s'effectue dans les conditions d'indolence et d'aphlegmasie propres à ces productions néoplasiques. La peau rougit à peine et ne devient que peu douloureuse. Au-dessous d'elle, le liquide de régression stagne inerte et sans manifester aucune velléité d'évacuation. Aussi le voit-on diminuer peu à peu et se résorber définitivement. Le fait se produit d'une façon si constante dans ces néoplasies très précoces, même dans celles qui consistent en de grandes suffusions sous-cutanées, que je me suis fait une règle invariable de n'y jamais porter l'instrument tranchant. Quelles que soient leurs apparences phlegmoneuses, je n'y touche pas et presque toujours elles disparaissent sans évacuer leur contenu.

Le diagnostic de ces tumeurs ou de ces infiltrations ne présente en général aucune difficulté. Si on ne trouvait pas en elles-mêmes de signes suffisants pour les rattacher à leur véritable origine, les coïncidences pathologiques, qui font rarement défaut, fourniraient de précieux éléments de certitude au diagnostic. Ces manifestations de la diathèse sont en effet assez rarement isolées ; elles ne sont presque toujours qu'un mode pathologique surajouté à d'autres

dont la spécificité n'est pas douteuse. N'est-il pas naturel qu'il en soit ainsi, puisqu'elles apparaissent à la période de la maladie où l'activité morbide, répandue partout, multiplie les phénomènes, et crée ce vaste complexe de la phase virulente où les lésions pathognomoniques ne font jamais défaut, sous une forme ou sous une autre ?

La localisation de ces produits néoplasiques peut parfois jeter quelque obscurité sur le diagnostic. Lorsque, par exemple, elles siègent dans une région qui est riche en ganglions lymphatiques, on se trouve souvent dans l'embarras pour savoir si l'affection est syphilitique ou strumeuse. L'étude des antécédents, la marche et surtout la terminaison nous viendront en aide. Les tumeurs ou les suffusions syphilitiques très précoces se résorbent presque constamment sans entamer la peau, même lorsqu'elles se sont liquéfiées. Les abcès strumeux, qu'ils soient ou non suscités par la syphilis, aboutissent toujours à des foyers ouverts et fistuleux dont la suppuration est interminable, et sur lesquels la médication spécifique n'a qu'une influence curative très équivoque. Dans la strume, l'action morbide débute par le ganglion lui-même et n'attaque le tissu cellulaire ambiant que plus tard, tandis qu'au contraire c'est exclusivement dans le tissu conjonctif hypodermique que s'établissent primitivement et qu'évoluent pendant toute leur durée les productions néoplasiques de la syphilis.

Si ces productions, sous leur forme allongée, cylindroïde, occupent le voisinage des gros vaisseaux lymphatiques, on pourrait les confondre avec les lymphopathies qu'il n'est pas rare d'observer à cette période de la maladie. Mais dans les lymphopathies les renflements, les nodosités sont multiples et disséminées sur une longue étendue du vaisseau. Entre elles on trouve le cordon dur formé par ce dernier, qui les relie et en forme un tout dont chaque partie est en connexion plus ou moins étroite avec ses voisines. Au surplus ces questions de diagnostic différentiel sont peu importantes au point de vue du pronostic, puisqu'il est toujours favorable, la résolution étant la règle dans ces sortes d'accidents syphilitiques; peu importantes aussi au point de vue du traitement qui doit être le même, quel que soit le siège précis de la néoplasie.

Ces réflexions s'appliquent également aux difficultés qu'on pourrait rencontrer pour déterminer si la suffusion occupe les muscles ou le périoste. Du reste, en ayant recours à certains modes d'exploration qu'il est inutile de décrire ici, et dont j'ai déjà dit quelques mots dans la première partie de ce travail, on arrivera

toujours à établir d'une façon à peu près certaine quel est le siège occupé par la lésion.

Le traitement mixte avec prédominance de l'iodure de potassium sur l'hydrargique est celui qui donne les meilleurs résultats.

IV

La symptomatologie des néoplasies précoces du tissu cellulaire sous-cutané qui aboutissent à l'ulcération diffère si peu de celui qui a été tant de fois décrit au sujet des gommés classiques, que je ne m'arrêterai que sur quelques particularités. Parmi ces néoplasies condamnées, malgré la précocité de leur apparition, au ramollissement et à l'ulcération, toutes ne sont pas sphériques et sous-cutanées. On en trouve qui, primitivement dermiques ou hypodermiques, s'emparent promptement de toute l'épaisseur de la peau et forment une large plaque interstitielle dure, épaisse et plongeant sa face interne dans la première couche du tissu cellulaire sous-cutané. Sans l'homogénéité de leur surface, on pourrait croire à une agglomération de tubercules cutanés, dont elles se rapprochent beaucoup par leur structure ; mais, par leur configuration, elles ressemblent plutôt à des plaques d'érythèmes noueux chroniques, indolentes, aphlegmasiques et non résolutives. Elles se ramollissent, en effet, à froid dans leur partie centrale, se perforent, s'ulcèrent et produisent des pertes de substances plus étendues que profondes. On pourrait encore les comparer à des gommés aplaties et isolées, arrivées à leur phase d'adhérence cutanée et de fonte nécrobiotique.

On trouvera dans la troisième série des ces néoplasies syphilitiques précoces et surtout avec l'observation 46 les principaux types symptomatologiques de ces tumeurs ou de ces suffusions qui aboutissent toujours à l'ulcération.

Ce qu'il y a de plus remarquable en elles, c'est la rapidité du processus dans sa première phase. A peine la tumeur s'est-elle constituée sous la forme d'une masse dure, sphérique ou discoïde, située au-dessous de la peau, que celle-ci est envahie, devient rouge et s'amincit, se perce et s'ulcère. Dès lors toute trace de gomme a disparu, et, si à côté de l'ulcération on ne trouvait pas d'autres tumeurs en voie d'évolution moins avancée, il serait difficile de deviner quel a été le processus. On croirait plutôt à un ecthyma qu'à une gomme suppurée. Il faut bien se pénétrer de ce mode de destruction du tégument qui est plus commun qu'on

ne le pense. Je l'ai observé principalement sur les extrémités inférieures qui sont le siège de prédilection des néoplasies syphilitiques sous-cutanées de tout âge et de toute forme. La tendance au ramollissement rapide et à l'ulcération y est beaucoup plus prononcée que dans les autres parties du corps. Cependant je l'ai vue dans un cas récent à peu près également répartie partout, et ce cas est trop typique de cette dermatose syphilitique ulcéreuse pour ne pas trouver sa place ici.

Le malade, âgé de 26 ans, s'était toujours bien porté et n'avait aucun antécédent diathésique lorsqu'il contracta un chancre infectant au mois d'août 1880. Quelques semaines après, roséole, papules génitales, plaques muqueuses gutturales. Il ne fit aucun traitement. *Neuf mois après le début du chancre*, vers le mois d'avril 1881, il lui survint sur diverses parties du corps, et principalement sur les cuisses, de petites tumeurs sous-cutanées, pisi-formes, indolentes, mobiles, non adhérentes, qui poussèrent successivement, mais à de courts intervalles, et ne restèrent pas longtemps stationnaires. En effet, un mois après leur apparition, je constatai chez ce malade qui entra dans mon service, huit ou dix ulcérations arrondies, de 1 centimètre de diamètre, comme faites à l'emporte-pièce et tout à fait semblables à la petite cavité entretenue dans la peau par un pois à cautère. Elles étaient disséminées sur les quatre membres. Non loin d'elles on trouvait des tumeurs sous-cutanées, les unes adhérentes, les autres encore mobiles. Quelques-unes étaient à l'état de crudité, tandis que plusieurs ramollies, et fluctuantes, étaient sur le point de s'ouvrir. Audessous des oreilles, sur les parties latérales des joues, il y avait quatre petits abcès semblables, procédant de la fonte de tumeurs sous-cutanées solides. Je ne pus pas parvenir, par un traitement ioduré énergique, à les empêcher de s'ouvrir. Il semblait que toutes fussent fatalement condamnées à aller jusqu'au bout de leur processus de nécrobiosie ulcéreuse. Mais comme compensation à cette déplorable tendance, elles guérissaient avec une rapidité vraiment merveilleuse. Voilà, si je ne me trompe, un type de dermopathie ulcéro-gommeuse typique. Cette affection, comme la plupart des autres variétés dont j'ai donné des exemples, a été bénigne, malgré le nombre et les éruptions successives des petites gommès sous-cutanées. Le traitement ioduré a eu beaucoup de prise sur elles et en a fait promptement justice. La guérison, au reste, je n'en doute pas, eût eu lieu sans son intervention, mais avec beaucoup plus de lenteur.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Parmi ces

gommes sous-cutanées précoces, on en voit qui sont malignes par leur tendance incessamment destructive, par leurs dimensions, par leur nombre, par leur durée, leurs récidives sans fin, et leur résistance à tous les moyens thérapeutiques. L'exemple le plus frappant qu'on en puisse donner est celui dont j'ai fait, en 1874, l'objet d'un mémoire intitulé : *Syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium*. (Paris, Adrien Delahaye.) J'y renvoie le lecteur, mais je puis donner un résumé de cette curieuse observation, afin que la comparaison avec les cas précédents soit plus facile. De cette façon on aura en même temps sous les yeux les cas extrêmes et aussi les cas moyens de la syphilose gommeuse sous-cutanée qui survient de bonne heure et pendant la période la plus active de la phase virulente.

Le jeune malade n'avait que 19 ans et il jouissait d'une santé parfaite, exempte de toute teinte constitutionnelle, lorsqu'il contracta un chancre infectant de forme commune et d'intensité moyenne, survenu après 20 jours d'incubation seulement. Cinq semaines après le début de ce chancre, la santé générale, au moment de l'invasion des accidents généraux, subit une profonde atteinte et il ne tarda pas à se produire un état cachectique aigu, caractérisé par de l'anémie, de l'inappétence et une grande faiblesse musculaire. Cet état n'avait aucune autre cause que la syphilis. La première et la seule manifestation cutanée fut une roséole bénigne qui disparut au bout de trois semaines ; l'état cachectique n'en persista pas moins.

Dix semaines après le début du chancre, une grosse tumeur gommeuse se développa sur la jambe droite. Elle fut inutilement traitée par l'iodure de potassium et s'ulcéra. Au quatrième mois de la syphilis, deuxième tumeur gommeuse sur la cuisse droite qui s'ouvrit et guérit rapidement. Au huitième mois, troisième tumeur gommeuse suppurée dans la région du coude droit. Malgré l'apparition de ces gommes, l'état général s'améliora rapidement et la cachexie syphilitique disparut après quatre ou cinq mois de durée ; mais le processus gommeux n'en continua pas moins. En effet, au neuvième mois de la syphilis, quatrième tumeur gommeuse développée dans l'épaisseur de la joue droite ; cinquième tumeur gommeuse vers le même temps, dans la région du poignet gauche ; puis productions gommeuses et non suppurées autour des malléoles, etc.

La tumeur gommeuse de la joue fut la plus curieuse de toutes : au 50^e jour de sa durée elle s'ouvrit à l'extérieur et s'ulcéra ; puis elle resta stationnaire malgré l'iodure de potassium et

l'hydrargyre, et sa cicatrisation complète n'eut lieu qu'au bout de cent quatre-vingts jours. Mais le tissu cicatriciel qui la séparait du canal de Sténon était si faible qu'il se rompit plus tard et il en résulta une petite fistule par laquelle on voyait s'écouler, surtout au moment de la mastication, des gouttes de salive parotidienne. La guérison en fut assez facile.

Vers le 14^e mois de la syphilis, toutes les tumeurs gommeuses étaient guéries. Le malade avait pris environ 1,320 grammes d'iode de potassium.

Mais voici qu'un mois après (15^e mois de la syphilis), il se forma une sixième tumeur gommeuse occupant le plancher buccal, qui s'ouvrit au bout d'un mois et n'eut cicatrisée qu'au bout de cinq. — Au 16^e mois de la syphilis, septième gomme diffuse ulcérée du poignet gauche, guérison en deux mois. Santé toujours excellente; 8 grammes par jour d'iode de potassium. — Au 22^e mois de la syphilis hémoptysie survenue sans cause appréciable; elle n'eut aucune conséquence sérieuse. — Au 23^e mois de la syphilis, apparition de deux tumeurs gommeuses sur les parties latérales du cou. — Puis, dixième tumeur gommeuse dans la région du poignet gauche, suppurée et à évolution très lente. — Autre gomme non suppurée sur le plancher buccal, etc.

La plupart de ces tumeurs gommeuses évoluaient très lentement, comme celles de la phase tertiaire, et passaient par de nombreuses péripiéties avant de guérir.

Au 23^e mois de la syphilis, il survint une hydarthrose et une arthropathie graves du genou gauche. Un abcès gommeux se forma au-dessous du ligament rotulien. L'affection articulaire ne fut guérie qu'au bout de huit mois.

Après quatre ans de durée, la syphilis parut s'être éteinte définitivement. Il est à remarquer que les productions gommeuses depuis la première jusqu'à la dernière, occupèrent d'abord, sous une forme diffuse ou circonscrite, le tissu conjonctif sous-cutané et qu'elles n'envahirent la peau que dans la dernière phase de leur processus. Elles présentèrent pendant toute la durée de leur évolution le caractère typique de ce que tous les auteurs ont décrit sous le nom de *gomme*. Enfin, si l'on en excepte la petite roséole qui suivit de près l'accident primitif, elles constituèrent à elles seules, pendant trois ans et demi, la seule manifestation de la maladie. La syphilis se traduisit donc, dès le début et à peu près exclusivement, sous une de ses formes les plus caractéristiques, la forme gommeuse qu'elle a gardée jusqu'à son extinction.

Un pareil cas est exceptionnel; c'est le seul de ce genre que j'ai

observé. Heureusement que dans la plupart des gommés sous-cutanées précoces, le processus est d'ordinaire très bénin, soit parce qu'il est court, soit parce que les ulcérations n'ont aucune tendance phagédénique et guérissent vite, spontanément ou sous l'influence de l'iodure de potassium. Dans la plupart des cas de gommés précoces ulcérées, comme dans les formes résolutives et érythémateuses, le polymorphisme des manifestations syphilitiques est la règle. On voit coïncider avec ces néoplasies sous-cutanées des roséoles, des éruptions papuleuses, des plaques muqueuses, en un mot, tout le cortège des accidents variés qui sont du domaine de la syphilis dans sa phase virulente.

Mais n'est-ce pas une chose singulière que, dans aucun de ces cas, nous n'ayons constaté la moindre [trace de détermination sur les viscères? Comment se fait-il qu'aucun d'eux n'ait été touché dans le temps où la syphilis faisait pousser avec une pareille prodigalité et sous les formes les plus variées, toutes ces tumeurs et toutes ces suffusions néoplasiques dans le tissu cellulaire sous-cutané? Par contre, n'arrive-t-il pas presque toujours que les syphiloses viscérales dont la lésion génératrice est essentiellement la gomme, ou mieux encore, l'infiltration, la suffusion gommeuse, ne sont accompagnées d'aucunes productions morbides de cette nature, soit dans la peau, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané?

Les commentaires dont j'ai fait suivre chacune des observations rapportées dans la première partie de ce mémoire me dispensent de donner, au sujet de cette forme de gomme ulcérée précoce, des détails particuliers qui ne seraient qu'une répétition.

V

Après avoir décrit dans leur ensemble les manifestations syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané, je vais résumer, sous forme de conclusions, les principaux faits de leur histoire :

1° Dans le tissu conjonctif hypodermique, de même que dans beaucoup d'autres tissus et organes de l'économie, il peut se produire des lésions, presque immédiatement après l'accident primitif et pendant l'époque la plus active de la période virulente. La pathologie syphilitique de ce tissu commence donc beaucoup plus tôt qu'on ne l'a supposé jusqu'ici, et elle n'est pas exclusivement limitée aux phases les plus avancées de la maladie constitutionnelle.

2° Au début de la syphilis, comme durant la période tertiaire, les productions morbides qui se développent dans le tissu conjonctif sous-cutané sont constituées par des néoplasies affectant la configuration de tumeurs ou de suffusions.

3° En se fondant sur leur processus le plus habituel on peut diviser les productions gommeuses précoces sous-cutanées en trois séries :

La première série est constituée par une forme de lésion néoplasique qui n'a pas été décrite jusqu'à présent et que je désigne sous le nom d'*érythème nouveau* syphilitique. Elle est caractérisée par la généralisation simultanée et sous forme éruptive, de néoplasies variées sur les différentes parties du corps, mais principalement aux membres inférieurs et moins souvent aux supérieurs. Elle est souvent précédée et accompagnée de phénomènes fébriles et de perturbations rhumato-névralgiformes siégeant dans les parties qui vont devenir le siège de ces néoplasies aiguës. — Dans ces néoplasies qui sont presque aussi dermiques qu'hypodermiques, il y a des plaques de véritable érythème nouveau, des tumeurs sous-cutanées, des suffusions étendues, à apparence phlegmoneuse, etc. Mais la résolution est toujours la règle. Quelles que soient sa forme, son étendue, ses connexions étroites avec la peau et la vivacité de ses symptômes, la néoplasie reste toujours solide et ne subit à aucun degré la phase nécrobiotique qui conduit au ramollissement.

4° Dans une seconde série de cas, les plaques, les nodosités, les tumeurs, les infiltrations se produisent isolément ; aucune synergie éruptive ne préside à leur apparition. Elles sont insidieuses dans leur début et toujours indolentes et aphlegmasiques. — Elles tendent spontanément à la résolution et leur durée est en général très courte. Quelquefois elles se ramollissent et forment des collections liquides sous-cutanées. Mais la peau qui les recouvre résiste et la résorption se fait sans suppuration et sans ulcération.

5° Dans la troisième série de cas, les néoplasies de toutes formes, mais d'ordinaire exclusivement hypodermiques pendant leur période de crudité, aboutissent très vite à la suppuration. — La rapidité de leur processus est leur trait le plus caractéristique. — La peau qui les recouvre est toujours envahie et elles sont l'origine de dermatoses ulcéreuses qui offrent souvent une grande ressemblance avec les formes primitivement ecthymateuses. — En se fondant sur leur marche, sur leur durée et sur la gravité des lésions qu'elles produisent, on peut en distinguer deux variétés.

La première, qui est bénigne, s'observe le plus communément ; elle peut guérir spontanément en un ou deux mois et beaucoup plus vite quand on donne de l'iodure de potassium. — La deuxième, qui est maligne, ne diffère que par sa précocité des plus mauvaises gommès de la phase tertiaire. Elle est très rare. Les produits morbides qui la constituent évoluent avec lenteur, mais ils n'ont aucune tendance à la résolution. Ils suppurent, s'ulcèrent, donnent lieu à des pertes de substance larges et profondes et se montrent souvent réfractaires à l'iodure de potassium, qui ne peut ni les prévenir ni les guérir.

6° L'époque d'apparition des néoplasies hypodermiques précoces est en moyenne : A) pour l'érythème noueux syphilitique, le 4^e mois après le début du chancre ; — B) pour les néoplasies circonscrites sous-cutanées et dermiques qui aboutissent à la résolution, le 5^e mois après le début du chancre ; — C) pour les néoplasies précoces et cependant ulcéreuses de l'hypoderme, le 9^e mois après le début de l'accident primitif. L'intervalle le plus court entre ce dernier et l'apparition des néoplasies a été deux mois. et le plus long quinze mois. — Aussi, comme coïncidence pathologique de la syphilose précoce hypodermique, observe-t-on toutes les lésions superficielles de la peau et des muqueuses qui surviennent pendant l'époque la plus active de la période virulente.

II

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA CHELOÏDE DIFFUSE XANTHÉLASMIQUE,

par le Dr **RIGAL**, médecin-major.

(Travail du laboratoire d'anatomie générale de la Faculté de médecine
de Lyon.)

OBSERVATION.

Il existe un certain nombre d'affections de la peau qui sont encore loin d'avoir une signification clinique précise. Je n'en veux citer, pour exemple, que le xanthoma et la chéloïde comme se rapprochant le plus du sujet auquel je m'intéresse. Les classifications adoptées ne suffisent plus maintenant pour comprendre tous les cas qui se rapportent à ces divers genres d'affections. En effet, si l'on retrouve toujours un certain nombre de caractères communs, les dissemblances sont parfois telles, qu'il en résulte une obscurité qui n'a point échappé aux dermatologistes. L'observation suivante nous en offre un nouvel exemple, que je crois instructif et intéressant à enregistrer :

Le malade qui en fait l'objet est un soldat du 12^e bataillon de chasseurs, dont je suis chargé d'assurer le service de santé. Envoyé de mon infirmerie dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Paulet, qui a bien voulu m'aider de ses conseils dans l'examen clinique journalier, cet homme a, en outre, été conduit devant la Société des sciences médicales de Lyon où sa présentation a fourni matière à une savante discussion de la part de M. le professeur Renaut (1).

Le chasseur Roussel se présente un matin à la visite se plaignant d'une grande fatigue, de douleurs dans les cuisses augmentées par le frottement du pantalon, enfin d'un changement particulier dans la coloration du tégument, qui revêt une teinte ardoisée tout à fait spéciale. Un examen rapide et d'ensemble me fait immédiatement entrevoir la nécessité d'une étude approfondie et méthodique de ce cas pathologique. J'apprends alors que notre homme a

(1) *Lyon médical*, avril 1880.

joui, jusqu'à ce jour, d'une assez bonne santé. Issu de parents sains, il possède encore son père très bien portant. Sa mère est morte d'une maladie chronique dont les renseignements fournis ne nous permettent pas de soupçonner la nature. Longtemps, dit-il, elle aurait pris de l'huile de foie de morue. Deux frères et sœurs vivent parfaitement robustes et bien constitués. Avant son entrée au service, il n'a jamais lui-même été malade. Pendant le séjour du bataillon en Afrique, il se plaignait d'une éruption de petits boutons sur les jambes, caractérisée par des nodosités isolées, dures, et se ramollissant après un stade d'évolution de trois semaines. La tumeur ulcérée laissait alors échapper une sanie sanguinolente, puis guérissait quatre à cinq semaines après, laissant à sa place une cicatrice régulièrement circulaire, brunâtre, déprimée, légèrement plissée et dont il est facile de retrouver des traces à la face interne de la cuisse et sur la face externe de l'avant-bras. Plus tard, sans pouvoir rattacher le fait à une cause appréciable, il fut atteint d'une otorrhée qui nécessita 30 jours de traitement à l'hôpital.

Au mois de juillet 1879, à la suite d'une immersion prolongée dans l'eau froide pour enrayer les progrès d'une inondation dans les Alpes, il fut atteint d'une tuméfaction de la face dont l'aspect et la coloration pouvait faire croire à un érysipèle. Admis à l'hôpital de Mont-Dauphin, ses jambes et ses cuisses augmentèrent de volume par points isolés mal délimités et non symétriques. L'hyperesthésie générale cutanée rendait douloureux le poids des couvertures; les urines ne renfermaient pas d'albumine. Au bout de cinq semaines, il partit en convalescence, sans que l'on fût bien fixé sur l'affection dont il avait été atteint. De sa propre inspiration, il prit chez lui des bains de mer deux fois par jour, en ressentit un effet salutaire et déclare qu'à cette époque il se croyait parfaitement guéri.

Au mois de mars 1880, il commence à éprouver des symptômes analogues à ceux précédemment décrits, mais un peu plus accentués : tuméfaction des jambes et des cuisses, nodosités sous-cutanées, hyperesthésie générale qu'exagère le frottement du pantalon. A cette époque, moment où il se présente à ma visite et où son affection attire plus spécialement mon attention, Roussel paraît solide, bien constitué, et d'une musculature qui ne laisse absolument rien à désirer. Son faciès attire immédiatement le regard; le nez est épaté, les narines sont saillantes et évasées, légèrement mamelonnées au pourtour de leur orifice; la coloration de la face est ardoisée, et la surface de la peau est irrégulière, ce qui donne au faciès un aspect singulier et comme léonin. Lorsque le sujet s'anime dans l'exposé de sa situation, les phénomènes s'accroissent et l'on dirait qu'il est atteint d'urticaire ou de larges plaques de sclérodémie.

La poitrine, le dos, les organes génitaux n'offrent à la vue aucune particularité; mais le même aspect se retrouve aux fesses, à la face interne et externe des cuisses et des jambes. La peau offre en ces régions une coloration vineuse, et l'on voit nettement des marbrures circonscrivant des espaces quadrilatères particulièrement à la face interne des cuisses. A la face externe des cuisses et des jambes, là où le frottement du pantalon agit dans sa plus grande intensité la coloration foncée est en nappe; la peau est luisante et offre de légères plicatures donnant l'aspect de la pelure d'oignon. Au toucher l'on peut suivre les inégalités de surface de la peau se traduisant par des bosselures, des dépressions et de larges plaques indurées. Au niveau de ces plaques la peau est épaissie et résistante; sous la pression du doigt, la coloration

disparaît, plus ou moins, suivant le degré d'induration. La sensibilité est plus vive en ces points que sur les surfaces restées indemnes. Les bosselures donnent la sensation d'une série de noyaux dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une lentille. Les tumeurs sont dures, rondes; lorsqu'elles sont bien isolées, il est facile de les saisir entre deux doigts, de les soulever et d'en circonscrire la périphérie. Quelques-unes sont saillies à la surface de la peau, d'une façon d'autant plus appréciable à la vue comme au toucher, qu'elles sont mieux isolées; nous avons pu facilement de la sorte, avec l'assentiment du malade, en énucléer une sur la face externe du bras. Au bout de 6 jours la cicatrisation était effectuée.

Au point de vue topographique, on en trouve sur la presque totalité de la surface du corps, sur le visage, aux paupières, au cou, aux bras, aux avant-bras, sur les régions dorsales de la main et des doigts, les fesses, les cuisses, les jambes et la face dorsale des pieds. Elles tendent à devenir confluentes à la face et aux parties externes des cuisses et des jambes; partout ailleurs, les nodosités sont bien circonscrites. On n'en trouve pas au cuir chevelu, à la nuque, à l'abdomen, à la région lombaire, à la face palmaire des mains et la région plantaire, ni aux bourses ni à la verge.

Douloureuses spontanément, elles le sont davantage à la pression. La sensibilité va en décroissant du sommet de la tumeur, où elle atteint son maximum, à la périphérie où elle devient normale; la douleur paraît être proportionnelle au volume de la tumeur. Un caractère tout spécial et sur lequel il y a lieu d'insister consiste dans le changement de volume que ces tumeurs peuvent effectuer sous l'influence de certaines conditions. Le matin, elles sont généralement plus nettes; le soir ou bien à la suite d'un excès de fatigues, la tuméfaction est plus prononcée; mais alors les saillies semblent se confondre par leur base, deviennent diffuses et forment de larges plaques d'épaisseur inégale. D'autres fois, sans cause appréciable les tumeurs disparaissent complètement à la vue comme au toucher, pour ne réapparaître qu'à des intervalles de temps qu'il nous est impossible de prévoir.

Dans leur développement, elles se montrent généralement par poussées de trois ou quatre que le malade désigne à l'observation en se plaignant d'un picotement désagréable, c'est ainsi que le fait s'est passé à l'épaule gauche. A ce moment, le tégument n'offre encore aucune modification. Ce n'est que le lendemain qu'apparaît dans la zone signalée un petit point rouge, correspondant à chacune des nodosités en voie d'évolution. Stationnaire quelques jours, elle poursuit lentement son développement, s'élargissant par la base, isolée ou confluent suivant la distribution topographique.

Nos recherches, au point de vue de l'état général, ne nous fournissent que des renseignements négatifs. L'apyrexie a toujours été complète. Le malade a conservé un appétit excellent; les selles sont régulières, sans changement de coloration; l'abdomen n'est point douloureux à la pression. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal dans la structure ou le fonctionnement des organes pleuro-pulmonaires; aucun trouble, en un mot, ne peut faire soupçonner une généralisation de l'affection. Le cœur et les artères battent régulièrement, ne laissent percevoir aucun bruit de souffle. Le foie limité par la percussion présente un volume normal, n'est pas douloureux au palper; le malade n'a jamais eu d'ictère. Il ne réagit point au palper de la région rénale et les urines ne renferment pas d'albumine. Les organes des sens ne présentent aucun trouble dans leur fonctionnement.

Interrogé au point de vue de l'infection syphilitique, Roussel répond avec

une bonne foi dont il n'y a pas lieu de douter qu'il n'a jamais eu aucune maladie vénérienne : la gorge est saine ; les parties génitales sont exemptes de cicatrices suspectes ; le système ganglionnaire est libre. Le malade n'a jamais éprouvé de douleurs profondes dans la tête ou les membres, et localise nettement celles dont il se plaint à la périphérie cutanée.

L'intégrité des mouvements articulaires et les commémoratifs ne permettent pas de songer à une influence rhumatismale.

Seul un léger aplatissement du nez qui n'est point congénital et qui se serait lentement manifesté dans ces dernières années, accompagné d'un léger ozène indique une tendance aux manifestations de la scrofule dont il y a lieu de tenir compte d'autant mieux que nous savons que longtemps sa mère a pris de l'huile de foie de morue.

Reste un léger œdème périmalleolaire que le manque de causes locales susceptibles de nous éclairer sur sa production nous oblige à signaler sans commentaires, nous réservant d'insister ultérieurement sur sa signification clinique probable, ainsi que sur la suppression progressive et parfaitement constatée par le malade de la sécrétion sudorale.

Telle était la situation et la physionomie médicale de Roussel, lorsque nous avons eu l'honneur de le soumettre à l'examen de la Société des sciences médicales de Lyon, avant de le diriger sur l'hôpital militaire.

Quelques jours après son admission l'état général s'aggrava progressivement, mais d'une façon rapide et immédiatement inquiétante. L'œdème primitivement localisé aux malléoles et peu apparent ne tarda pas à se généraliser. Au cinquième jour, les jambes, les cuisses, le tronc et la face sont tuméfiés ; l'infiltration est complète, et l'aspect du malade simule, à s'y méprendre, celui d'un homme atteint de la maladie de Bright. La peau est luisante ; le doigt laisse une dépression persistante sur les membres. Le derme semble hypertrophié ; mais sa surface est uniformément plane et l'on n'y sent aucune nodosité. Le pouls néanmoins reste normal et la température est à 37°. Le malade se plaint d'éprouver un peu de gêne dans la respiration, mais ni l'auscultation, ni la percussion ne nous fournissent aucun signe d'épanchement. On n'entend aucun râle, le murmure vésiculaire se perçoit nettement.

La région rénale n'est douloureuse ni à la palpation, ni à la percussion. Les urines ont leur coloration normale, et n'ont pas notablement diminué de quantité. Leur examen journalier ne révèle aucune trace d'albumine ou de sucre. Le malade ne se plaint d'aucun trouble visuel.

Examiné au microscope, le sang ne nous fournit aucun indice d'altération. Les globules n'ont subi aucune modification dans leur forme ; leur rapport avec la quantité de globules blancs ne paraît pas avoir varié. Nous regrettons de n'avoir pas une analyse complète du sang à fournir.

L'état général va s'aggravant ; la respiration devient de plus en plus gênée ; le malade ne mange plus ; quelques jours après, sans apparition de nouveaux phénomènes, par la seule aggravation des faits signalés, le pronostic s'assombrit considérablement et une terminaison fatale et prochaine est à craindre. Néanmoins, après cette période et sous l'influence de causes non appréciables, l'affection poursuivant son cours commence à rétrocéder ; l'œdème se dissipe graduellement ; le malade, qui a légèrement maigri, reprend appétit ; les forces renaissent insensiblement, et deux mois après le malade part en con-

valeescence dans le même état où il se trouvait avant son admission à l'hôpital.

Pendant son séjour à l'hôpital, le traitement consista dans l'usage d'une alimentation tonique, l'administration de légers purgatifs en temps opportun, et de l'iodure de potassium à la dose journalière de 5 grammes. Nous ne saurions donner une appréciation positive et nous prononcer sur le degré d'influence de l'action thérapeutique, étant connue son impuissance ultérieure.

Six mois plus tard (novembre 1880), Roussel revient au bataillon et reprend son service. Il ne manifeste aucune plainte et ne se présente même pas à ma visite. Préoccupé néanmoins de son état, je le fais venir, l'interroge de nouveau et le trouve dans une situation relativement bonne. Il me semblait pourtant avoir un peu maigri. Redoutant une aggravation de son état, je lui fis entrevoir tout l'avantage qu'il y aurait pour lui à retourner à l'hôpital; sur son refus formel motivé sur ce fait qu'il se sentait bien et ne s'expliquait pas ma proposition, j'obtiens de lui de bonne grâce son entrée à l'infirmerie. Il sortait chaque jour en ville, assistait spontanément debout à ma visite du matin, se nourrissait bien et prenait, à titre de modificateur général, de l'iodure de potassium. Le 8 mars, 15 jours après son entrée à l'infirmerie, il mourut presque subitement dans la nuit. Appelé près de lui, je le trouvais rendant le dernier soupir. La veille de ce dénouement inattendu il n'avait proféré aucune plainte et avait pris son repas comme à l'ordinaire; rien ne pouvait donc faire prévoir cette issue fatale, au moins à si courte échéance, et sans phénomènes précurseurs. Lorsque je le vis, la gêne de la respiration était telle que je pus immédiatement déclarer qu'il succombait à la suite d'un œdème de la glotte déterminant une asphyxie irrémédiable. On ne voyait à la surface du corps, ni autour des malléoles, aucune trace d'œdème; mais sur les parties déclives, à la région postérieure du thorax, apparaissaient pour la première fois quelques taches ecchymotiques disséminées.

L'autopsie fut faite avec soin, sous la direction de M. le professeur Paulet, en présence de MM. les médecins traitants de l'hôpital. Les taches ecchymotiques apparues pendant la période d'agonie, disséminées aux régions postérieures, sont un peu plus nombreuses que la veille. Elles s'étendent, en outre, au bourrelet gingival. On ne voit aucun signe d'œdème, si ce n'est une légère tuméfaction de la portion latérale gauche du cou. Toutes les tumeurs ont disparu et la surface de la peau est plane, sans aucune nodosité appréciable.

A l'ouverture de la paroi abdominale, le mésentère apparaît surchargé de graisse. Une ecchymose sous-péritonéale correspond au cæcum, qui est fortement congestionné, dur et rempli d'une matière résistante que l'ouverture de cette partie du tube intestinal nous montre être un paquet de vingt ascariides pelotonnés.

Les intestins sont remplis de matières alimentaires et ne présentent aucune altération.

Le foie est normal de poids, de volume et de coloration.

Les reins sont congestionnés; les capsules surrénales, la rate, le pancréas n'offrent aucune altération apparente. Les poumons sont légèrement congestionnés et spumeux.

A l'aspect extérieur, le cerveau et ses enveloppes paraissent sains; les coupes méthodiques ne montrent aucune modification dans la structure de la

substance nerveuse. Les ventricules latéraux renferment peut-être un peu de sérosité. Rien dans le cervelet.

Les diverses couches du cou, principalement de la région latérale gauche, sont manifestement infiltrées de sérosité. Le larynx est le siège d'une suffusion sanguine assez considérable. On constate un œdème des replis aryéno-épiglottiques, du côté gauche principalement. Les cordes vocales supérieures et inférieures sont boursoufflées et la muqueuse laryngée notablement épaissie. L'ouverture de la glotte est presque totalement effacée. Tout le long de la gaine des gros vaisseaux du cou, on constate une infiltration séro-sanguinolente correspondant à la tuméfaction de la région.

Un morceau de chacun des organes fut mis dans l'alcool et examiné au microscope au laboratoire d'anatomie générale de la Faculté de médecine de Lyon. L'étude histologique confirma les résultats de l'examen macroscopique, qui avait fait pressentir l'absolue intégrité des organes.

De petits lambeaux quadrilatères de peau enlevés à la face interne du bras et de la cuisse furent soumis, les uns aux vapeurs d'acide osmique, et les autres placés dans de l'alcool absolu. C'est sur eux que se porte principalement notre attention, et c'est dans ce but et sur les conseils de M. le professeur Renaut qui m'a guidé dans l'interprétation de ce cas difficile, que j'ai fait les dessins ci-contre, pour fixer d'une façon plus précise le résultat de nos recherches.

L'une de ces tumeurs, examinée à l'état frais, apparaît comme un petit noyau enchassé dans l'épaisseur du derme. Les parties qui l'environnent sont molles, jaunâtres, analogues au tissu adipeux sous-dermique. Le tissu propre de la tumeur est ferme, résistant, rouge pâle et formé de faisceaux inextricables et serrés. Par la pression il ne s'écoule pas de sérosité d'une façon appréciable.

Après durcissement par l'alcool et la gomme, les coupes sont colorées par le picrocarminate et la pyrosine.

Vue d'ensemble et à un faible grossissement. — (Oc. 4. Obj. 4 Verick.)

Quel que soit le mode de coloration, il est facile de s'assurer à première vue que les modifications subies par le système cutané portent principalement sur la portion dermique. L'épiderme n'est point complètement étranger au travail qui s'effectue au-dessous de lui. On peut constater en certains points (pl. IV, fig. 1, a), une plus grande épaisseur de la couche malpighienne, ainsi qu'un soulèvement des lamelles épidermiques, qui paraissent dissociées par des exsudats (pl. IV, fig. 1, b). Mais c'est vers le derme qu'est le plus vivement attirée l'attention. A la place du tissu conjonctif lâche qui le constitue normalement, nous voyons une trame de faisceaux entrelacés, circonscrivant des aréoles (pl. IV, fig. 1, c, d.). Les travées de ce réseau sont de diamètres très différents; elles circonscrivent des espaces généralement losangiques dans l'intérieur desquels elles envoient des prolongements qui en segmentent les intervalles. Quelques-unes constituent des tresses délicates et sinueuses; d'autres forment des nattes énormes d'où partent de nombreuses ramifications (pl. IV, fig. 1, e). Les mailles circonscrites apparaissent sous forme de cercles et d'aréoles de diamètres très inégaux (fig. 1, d). Vers la portion centrale et au voisinage des grosses nattes, ces cercles aréolaires sont moins nombreux et de plus petit diamètre. Ils sont de plus en plus larges au fur et à mesure qu'on les examine à la périphérie de la tumeur proprement dite : on peut en ce point les voir en continuité avec des faisceaux ondulés de même diamètre.

Les travées de ce tissu aréolaire sont vivement colorées en rouge brique foncé par le picrocarminate d'ammoniaque, et en rose intense sous l'influence de la pyrosine. Les cercles, au contraire, sont légèrement teintés en rose sous l'action du premier réactif et très faiblement influencés par le second.

Au niveau de la base des cônes dermiques apparaît une zone de matière granuleuse, amorphe. Parallèle dans son ensemble à la surface cutanée, elle se continue sans ligne de démarcation, et comme par diffusion avec le tissu précédemment décrit (fig. 1, *f*). Libre du côté de la couche épidermique, elle en est séparée par une zone de moindre épaisseur qui lui est parallèle (fig. 1, *g*). Cette matière granuleuse se comporte avec les réactifs histologiques de la même façon que les travées du tissu précédemment décrit.

Examen à un fort grossissement (Oc. 1, obj. 7).

Un examen plus approfondi des faits précédemment exposés dans leur ensemble nous fournit de nouveaux renseignements.

Ectoderme. — *a*...) L'ectoderme est en certains points irrité. La couche génératrice est le siège d'une active prolifération qui détermine une hypertrophie des culs-de-sacs interpapillaires (fig. 1, *a*). La couche granuleuse de Malpighi, en certains endroits, n'est plus représentée, et les éléments formés de corpuscules embryonnaires et sanguins épanchés restent en place plus ou moins altérés et maintenus comme dans la phlyctène, par la couche feuilletée.

Derme. — *b*). Le derme est le siège d'altérations plus sérieuses et portant sur chacun de ses éléments constitutifs que nous allons successivement passer en revue :

1° **Fibres.** Les fibres du tissu connectif dermique n'existent plus à l'état de faisceaux qu'à la partie périphérique de la tumeur et dans la zone des papilles (fig. 1, *g*). Dans l'épaisseur de la tumeur, ils n'apparaissent qu'en coupe transversale en forme de cercles dont il est possible de suivre la disparition au fur et à mesure que l'on s'approche du centre de la tumeur. Ces cercles rosés (fig. 2, *a*) que nous savons être des coupes transversales des faisceaux connectifs du derme, sont entourés par du tissu jeune en voie de développement. Ce tissu jeune (fig. 2, *b*), qui correspond aux travées précédemment décrites (fig. 1, *c*, *e*), avait dans leurs interstices des prolongements (fig. 2, *c*) qui les dissocient et finissent par disparaître en se substituant à eux par une luxuriante végétation.

2° **Cellules.** Les cellules fixes du tissu dermique présentent des modifications du plus haut intérêt. Dans les points les plus favorables à l'examen du début de l'altération, l'on constate qu'elles sont d'abord le siège d'une certaine tuméfaction. Parallèlement leur nombre augmente par prolifération active de leurs noyaux ; elles se constituent alors en longues trainées ou en groupes isolés d'éléments embryonnaires (fig. 2, *d*). A un degré plus avancé, ces éléments perdent de leur netteté, noyau et protoplasma se confondent dans une matière finement granuleuse (fig. 2, *e*). La désagrégation devient de plus en plus complète et tous ces éléments se résolvent en des granulations réfringentes, se colorant en jaune clair par le picrocarminate ; sur des éléments isolés la transformation est facile à suivre, mais présente une particularité intéressante, lorsque la cellule se trouve plongée au milieu de fibres de nouvelle formation. Le produit de la désagrégation moléculaire ne peut plus diffuser, il est limité par des fibrilles excessivement ténues qui lui forment une enveloppe (fig. 3, *a*). Ces cellules apparaissent alors entourées d'une enveloppe mince, et sont contenues dans une espèce de loge,

qu'elles se créent par le refoulement des fibres conjonctives périphériques. Elles ont l'aspect de grosses vésicules ovalaires, à pourtour nettement limité et d'une réfringence analogue à celle des vésicules graisseuses, offrant les mêmes réactions histochimiques. Leur intérieur est rempli de granulations et de débris plus ou moins volumineux de noyaux disséminés.

Nous venons d'assister à la première phase du processus caractérisé par la disparition des éléments principaux constitutifs du derme, fibres et cellules. A cette phase de régression succède la néoformation d'un tissu jeune dont il importe de suivre le mode de développement. Tous les éléments embryonnaires ne disparaissent pas par le mécanisme précédemment indiqué. Un certain nombre d'entre eux suit une évolution normale et aboutit, suivant le mode physiologique et par différenciation, à une formation nouvelle de tissu conjonctif. Les noyaux s'allongent, les cellules deviennent fusiformes et des fibrilles apparaissent dans les intervalles protoplasmiques. Ce tissu jeune tranche vivement par sa coloration rouge brique foncé avec la teinte rosée des faisceaux du derme qu'il enveloppe dans ses mailles. Ce tissu est rétractile et tend à faire disparaître par compression les éléments qui le gênent dans son développement.

Il est aidé dans son action par une abondante production de tissu jeune élastique. On voit, en effet, dans les espaces laissés libres entre les éléments en voie d'organisation, des grains brillants disséminés (fig. 2, *f*) ou rangés en séries, de manière à former de nouvelles travées (fig. 2, *g*) et offrant tous les caractères de la substance élastique. A leur voisinage, on voit des fibrilles de même nature (fig. 2, *h*) diversement contournées sur elles-mêmes, puis des fibres de diamètre supérieur, ramifiées et formant un réseau à larges mailles (fig. 2, *m*) plus abondant qu'à l'état normal.

3° *Vaisseaux*. Le travail paraît uniformément réparti dans l'ensemble de la tumeur. Néanmoins, il est plus actif au voisinage des vaisseaux. C'est en ces points notamment que l'on voit les traînées et les groupes d'éléments embryonnaires précédemment signalés. Disséminés au pourtour et dans l'épaisseur de la tunique externe qui prend part elle-même au processus, ils sont disposés en rangées concentriques à l'axe du canal. L'endothélium de la tunique interne est tuméfié, granuleux; la lumière des vaisseaux de petit calibre a totalement disparu par retrait de la paroi; elle est en partie oblitérée chez ceux d'un calibre supérieur (fig. 2, *n*).

Les fentes lymphatiques sont rares, et dans les points où elles sont conservées, l'endothélium qui les tapisse offre des altérations analogues.

4° *Nerfs*. Malgré les coupes nombreuses effectuées sur trois segments de peau préalablement durcies par l'acide osmique, je n'ai pas rencontré un seul nerf. Faut-il attribuer ce résultat à une série de sections malheureuses, ou à un étranglement complet des tubes? Je n'oserais me prononcer à cet égard.

5° *Glandes sébacées et sudoripares*. L'intérieur des glandes sébacées ne paraît pas notablement modifié. Le pourtour seul des acini est le siège d'une prolifération assez active qui double la membrane propre enveloppante. Les glandes sudoripares paraissent plus profondément atteintes. Les glomérules sont dissociés par le tissu fibreux et en partie détruits; l'épithélium des conduits est atrophié et en voie de dégénérescence.

Si, pour nous résumer, nous cherchons à grouper en un ensemble méthodique les divers phénomènes analysés, il est facile de reconnaître que nous avons assisté à l'évolution complète d'un tissu de nouvelle formation se

substituant à l'ancien, le processus s'effectuant en deux phases bien distinctes. Au point de vue histologique, il est excessivement important de remarquer que tout l'intérêt principal se concentre sur ces deux faits : modifications subies par les éléments cellulaires analogues à celles que l'on retrouve dans le xanthélasma, et production de fibromes dans le tissu fibreux, non pas par exagération de volume de faisceaux, mais bien par la production de nouveaux faisceaux se colorant d'une façon différente, exactement à la façon du système des fibres suturales décrites par M. Ranvier dans la cornée.

Classification et nature de l'affection.

Pour faire ressortir tout l'intérêt qui s'attache aux phénomènes décrits et en tirer les conclusions nécessaires, il est indispensable de les envisager dans leur ensemble, d'insister sur les phénomènes les plus importants, de comparer notre observation aux cas analogues pour lui assigner, s'il est possible, une place précise dans le cadre nosologique des dermatoses. Or, nous avons pu suivre l'évolution complète d'une affection caractérisée d'une part par des tumeurs multiples et diffuses de la peau, et de l'autre par les symptômes généraux d'une cachexie séreuse qui a déterminé la mort du sujet.

Les tumeurs offraient, à part la coloration, tous les caractères anatomiques du xanthélasma planum et tubéreux; au point de vue histologique, l'analogie était complète. Elles présentaient, en outre, une particularité qui leur est commune avec un groupe de tumeurs de la peau, je veux parler de la tendance à la rétrocession. On connaît, en effet, deux espèces de tumeurs ne se généralisant qu'à la peau et qui offrent ce signe distinctif : le mycosis fongoïde et une forme d'épithélioma tubulé décrite récemment par M. Daniel Mollière à la Société des sciences médicales de Lyon. Nous en avons observé une troisième qui était manifeste pour tous, pouvait être constatée plusieurs fois dans une même journée ou à des intervalles plus ou moins éloignés, et qui s'est reproduite d'une façon évidente au moment de la mort en persistant jusqu'au moment de l'autopsie cadavérique.

Assez peu modifié au début pour attirer spécialement l'attention, l'état général n'en était pas moins pourtant déjà sérieusement altéré. La seule manifestation se produisit tout d'abord par des œdèmes bénins, fugaces, et sans localisation particulière; leur caractère insidieux en dissimule longtemps la gravité; ce n'est que dans la dernière période que l'organisme semble être en proie à une détérioration physiologique. Leur caractère fondamental était d'apparaître à des intervalles irréguliers, par poussées congestives coïncidant avec la tuméfaction exagérée des nodosités cutanées et d'affecter la forme d'anasarque. C'est à la deuxième poussée, ou à la troisième, si nous faisons remonter la première phase de la

maladie à juillet 1879, qu'après une longue période de bien-être apparent, le malade a succombé par un simple accident de localisation au larynx, le sujet étant en position horizontale dans son lit.

Nous ne connaissons aucune dermatose dans la classification de laquelle nous puissions ranger le cas observé. Il se distingue, en effet, de l'éléphantiasis par le défaut d'homogénéité des parties de la peau devenues exubérantes. Une éléphantiasis envahit une région systématiquement en formant une nappe pachydermique.

Il ne peut être question d'une léproïde, à cause de la persistance de la sensibilité tectile sur tous les points envahis sans exception. Nous ne parlerons que pour mémoire de la sclérodermie dactylée et du sclérome des adultes qui envahit systématiquement de vastes surfaces.

Dans la sclérodermie en plaques décrite surtout par M. le professeur Hardy (*Gaz. des hôpitaux*, 1876), l'affection débute par des macules qui se transforment rapidement en plaques formant relief sur la peau et noueuses dans le derme. Ces plaques naissantes ont une coloration bleuâtre et ne sont pas sans analogie avec celles que nous décrivons; mais dans la sclérodermie en plaques il existe une évolution absolument caractéristique. La périphérie de chaque plaque devient le siège d'une vascularisation centripète dont tous les vaisseaux néoformés ont le caractère de varices dermiques et gagnent, à la façon des rayons d'une roue le centre de la lésion. Bientôt à ce centre se forme sans ulcération un petit point de chéloïde, c'est-à-dire un nœud de tissu fibreux dans lequel les vaisseaux sont étouffés et ne pénètrent plus. C'est cette nodosité qui devient secondairement le siège des ulcères qui naissent aussi sur une chéloïde préformée. Comme on peut s'en convaincre par la lecture de l'observation, cette évolution a fait complètement défaut; de plus, dans la sclérodermie en plaques, on n'a pas signalé d'anasarque.

Il ne s'agit nullement de l'affection décrite par les auteurs anglais sous le nom de myxœdème, et étudiée récemment par M. le professeur Charcot (*Progrès méd.*, 1880); nous pensons donc être en face d'un fait non encore décrit par les auteurs, de l'un de ces cas ayant des caractères communs avec le xanthoma sur lequel mon ami Chambard (1) a attiré l'attention, et qui comme l'a fait remarquer M. Carry (2), appelant de nouvelles observations, réclame de nouvelles études.

En effet, nous n'avons pas eu affaire à une ou plusieurs tumeurs localisées de façon à simuler des bourgeons de carcinome, mais à un véritable complexus morbide, qui a eu son évolution, sa généralisation exclusivement à la peau. Nous sommes disposés à conclure que l'évolution

(1) Du xanthélasma et de la diathèse xanthélasmique. *Ann. dermat. et syphil.* t. X.

(2) Contribution à l'étude du xanthoma. *Ibid.*, 2^e série, I.

xanthélasmique des cellules n'est pas une lésion appartenant en propre au xanthoma commun ; ce serait pour nous une manière d'agir de ces cellules communes vraisemblablement à plusieurs états morbides dont l'étiologie et l'évolution sont très diverses.

La chéloïde est une affection assez étrange par la diversité des formes qu'elle peut revêtir à son début ; on n'est nullement encore fixé sur l'état morbide général qu'elle peut créer ; mais on sait, sans pourtant en avoir une preuve bien évidente à fournir « qu'elle est susceptible de déterminer, à une certaine période de son existence, des troubles généraux et un genre particulier de cachexie » (*Dict. encyclopéd.*, art. Chéloïde. Bazin). Aussi pensons-nous que notre affection n'est pas un cas particulier du xanthoma tubéreux de Chambard, mais bien que ce xanthoma tubéreux lui-même n'est qu'un cas particulier de notre affection, auquel nous croyons devoir légitimement donner le nom de chéloïde diffuse xanthélasmique.

III

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA SYPHILIS DES VIEILLARDS,

par M. **QUINQUAUD**, médecin de l'hospice des Ménages (vieillards),

SYPHILIS CONTRACTÉE A UN AGE AVANCÉ. (Suite.)

A. — *Accidents primaires.*

Incubation. — Chez l'adulte, cette période est en moyenne de 25 à 30 jours (Fournier); même durée après l'inoculation expérimentale (Lindwurm et Berensprung).

Chez le vieillard, dans 6 cas de syphilis observés à notre gré, l'incubation a été de cinq à six semaines; il semble donc que la phase de germination soit plus longue chez les personnes âgées que chez les adultes; néanmoins, pour établir cette règle, il est utile de recueillir des documents nombreux et bien observés.

Durée de l'accident primaire. — La durée du chancre est en moyenne de 4 à 5 semaines chez l'adulte; chez le vieillard, nous avons constaté une durée de 6 à 7 semaines; il est vrai que dans un cas l'accident initial a guéri en un mois (le malade avait 66 ans).

La survie de la sclérose qui serait en moyenne chez l'adulte de 2 à 5 semaines, quelquefois plus, est encore apparente après plusieurs mois chez le vieillard; dans une observation, elle avait cessé après un mois; mais elle était papyracée et non nodulaire.

Adénopathie. — L'adénopathie polyganglionnaire primitive se manifeste cliniquement du 11^e au 15^e jour chez l'adulte, tandis que chez le vieillard, le 20^e ou 25^e jour, l'adénite symptomatique du chancre induré est à peine appréciable; toutefois, chez un homme âgé de 70 ans, la tuméfaction ganglionnaire était manifeste le 14^e jour.

B. — *Période secondaire.*

Voici ce que dit M. Fournier, en ayant surtout en vue la syphilis de la jeunesse et de l'adulte: « Le plus habituellement c'est un stade de 6 à 7 semaines qui s'interpose entre l'éclosion du chancre et la première

apparition des accidents généraux. » Souvent la période secondaire chez le vieillard ne se déclare que deux mois, deux mois et demi, trois mois après l'apparition du chancre infectant ; parfois, les premiers accidents secondaires surviennent plus tardivement, se caractérisant comme chez l'adulte par une période exanthématique de syphilides polymorphes et même, dans certains cas, par des lésions regardées autrefois comme ne se produisant que dans la syphilis tertiaire. Ce sont des périostites, des accidents viscéraux particuliers, etc.

Si nous faisons la synthèse de ce qui précède, nous pouvons admettre comme axiome la proposition suivante : « La syphilis acquise après l'âge de 60 ans est un drame à actes successifs plus lents dans leur évolution que ceux qui appartiennent à une syphilis contractée dans les années antérieures. »

Quant au pronostic, les accidents secondaires et tertiaires peuvent être tout aussi graves, souvent même plus graves, plus tenaces, plus rebelles au traitement spécifique que les accidents qui dépendent de la syphilis des jeunes gens ou des adultes.

On avait pensé que la nutrition étant moins active, les manifestations syphilitiques devaient être atténuées ; c'est l'opinion que Sigmund a développée dans son travail. Cependant, nous avons vu des accidents de la plus haute gravité, des lésions viscérales intenses se produire dans le cours de la syphilis contractée à un âge avancé.

Les localisations spécifiques peuvent être aussi variées que chez l'adulte. Toutefois, après l'âge de 70 ans, le pharynx, à cette phase de la maladie, est rarement atteint ; il en est de même du cuir chevelu. Les gencives sont moins souvent affectées de gengivite mercurielle que dans l'âge adulte.

Parmi les éruptions les plus communes, nous avons cité d'abord la roséole. Les taches sont souvent peu visibles, plus pâles que chez l'adulte ; la roséole annulaire n'est pas très rare ; puis viennent les syphilides exanthématiques papuleuses, papulo-tuberculeuses ; dans certains cas, les tubercules étaient saillants à la face, au cou, sur le tiers inférieur de l'avant-bras et de la jambe. Les plaques cutanées de Legendre, avec toutes leurs variétés, sont assez fréquentes ; les plaques nummulaires sont exceptionnelles.

Une remarque à propos de l'allure symptomatique de ces éruptions : c'est qu'elles peuvent occuper presque uniquement la face, le thorax, l'abdomen, la paume des mains et la plante des pieds.

Autre point important : plus d'une fois, nous avons reconnu des roséoles qui avaient disparu depuis plusieurs mois, en examinant après l'avoir refroidi, les régions du tronc, des poignets, etc. ; on y voyait

alors des taches rouges avec des intervalles de peau saine : souvent même cet artifice est inutile, le froid de l'air ambiant suffit pour faire reparaitre les dernières traces d'une roséole qui avait disparu depuis peu ; d'ailleurs, ces faits se voient également chez l'adulte ; nous y reviendrons plus loin, parfois la roséole n'est apparente qu'après un bain.

Deux grands caractères cliniques de ces syphilides méritent de nous arrêter :

1° Leur *résistance* à la thérapeutique la mieux dirigée ; elles s'améliorent dans certains cas assez rapidement, mais elles persistent pendant des mois avec des alternatives de diminution et d'aggravation ;

2° Leur *récidivité*. Après avoir été modifiées, ou même guéries, ces syphilides reparaissent de nouveau. Voici comment les choses se passent. Un malade présente des exanthèmes très développés, ou bien chétifs, malingres, dans leur efflorescence ; on administre les antisypilitiques ; après 8 à 15 jours de traitement, l'éruption s'atténue, la guérison est presque complète, il ne reste que quelques macules, qui peuvent offrir une teinte violacée, ou bien une légère infiltration dermique. On signe sa sortie de l'hôpital. Bientôt après, sous l'influence du travail seul, ou associé aux excès de tous genres, voire même à la mauvaise alimentation, ce malade reparaît dans les salles après 2 ou 3 mois, d'autres fois davantage, avec une nouvelle poussée de syphilides.

Roséole. — La roséole, quand elle survient à 55 ans, est parfois très atténuée, tantôt généralisée, tantôt cantonnée dans un plus ou moins grand nombre de points. Il est des cas où les taches de roséole prennent une teinte bleuâtre.

Autre caractère : ces taches, après avoir disparu, se montrent circonscrites dans les points exposés au refroidissement, par exemple les extrémités supérieures, vers les doigts, les genoux, les malléoles, disparaissent avec une chaleur modérée, pour reparaitre avec une température plus élevée ou un froid intense, de là un précepte de clinique important : alors même qu'on ne retrouve point de roséole dans les points d'élection du tronc, il faut aller les chercher en dernier lieu dans les endroits que nous indiquons.

De plus, la roséole ne tarde pas à s'accompagner de papules, de plaques cutanées et de plaques muqueuses.

Citons un exemple de ce genre : il s'agit d'une syphilis survenue à l'âge de 58 ans, chez une blanchisseuse, à constitution lymphatique : la maladie fut intense puisque, non seulement des papules, mais des pustules se développent en pleine phase exanthématique. Dans la première quinzaine du traitement, il se produit une amélioration, mais la guérison définitive n'a lieu que beaucoup plus tard. En effet, nous pouvons établir la règle générale qui suit : dans tous les accidents syphi-

littiques superficiels ou profonds, on voit le traitement spécifique amener une amélioration dans la première quinzaine, mais la guérison totale se fait attendre plus longtemps. Avec cette restriction, on peut dire qu'à cette période, le traitement mixte est la vraie pierre de touche pour le diagnostic de la syphilis des vieillards. Il n'en est pas tout à fait ainsi dans la phase tertiaire, où souvent la médication spécifique *n'atténue les accidents qu'avec la plus grande lenteur*.

Voici un cas de syphilide polymorphe avec réosole, pustules, etc.

Observation I. — *Syphilis contractée à l'âge de 58 ans, roséole, plaques de Legendre; ecthyma des membres inférieurs. — Analyse du sang.*

Jard..., âgée de 58 ans, est entrée le 2 octobre 1880 à la salle Saint-Jean (hôpital Saint-Louis), service de M. Vidal, suppléé par M. Quinquaud.

Antécédents héréditaires. Son père est mort à 56 ans à la suite d'une maladie qui a duré 18 ans; il était alcoolique. Sa mère est décédée à l'âge de 83 ans. Un de ses frères est mort à 29 ans; une sœur, bien portante aujourd'hui, aurait eu, il y a quelques années, une tumeur au côté, dont elle ignore la nature.

Antécédents personnels. Gourme jusqu'à 10 ans. Otorrhée douloureuse bilatérale qui a persisté jusqu'à l'âge de 13 ans; a eu des adénites sous-maxillaires, n'ayant jamais suppuré. Régée à 16 ans d'une manière régulière, elle a vu survenir la ménopause à l'âge de 52 ans.

Quatre enfants morts à la suite de convulsions : les uns vers l'âge de sept mois, les autres vers l'âge de deux ans et demi.

Pas de maladies antérieures.

Le début de l'affection actuelle remonte à 5 semaines. Elle s'est aperçu d'abord de boutons siégeant aux régions génitales, boutons qui se sont accompagnés, au dire de la malade, d'une éruption générale caractérisée par des rougeurs.

Depuis quinze jours environ, elle ressent un mal de gorge modéré, et une céphalée nocturne assez forte. C'est surtout le sommet de la tête qui est douloureux.

État actuel. Un liquide tantôt sanguinolent, tantôt muco-puriforme s'écoule des narines; par l'examen direct, on constate que la muqueuse est ulcérée dans le quart inférieur des fosses nasales. Quelques boutons syphilitiques croûteux siègent à l'orifice externe du nez.

A la surface du corps, surtout sur les hypocondres et l'abdomen, sur la face antérieure des membres supérieurs et sur les cuisses, on voit des taches irrégulières de roséole syphilitique. Au milieu de cet exanthème, on voit de petites papules lenticulaires disséminées; au front, sur le cou et la partie supérieure du thorax, en avant et en arrière apparaissent des plaques larges comme une pièce d'un franc déprimées au centre avec une couronne en relief à la périphérie; sur certaines, la dépression centrale est recouverte d'une croûte, et non d'une vraie croûte épaissie : au-dessous se montre la surface du derme d'une rouge jambon avec une très légère ulcération : ce sont des plaques cutanées de Legendre. Au milieu de ces éléments éruptifs existe de l'ecthyma syphilitique, surtout à la partie supérieure du tronc et sur les membres inférieurs : les éléments sont des boutons moitié purulents

croûteux et moitié indurés à leur base; ils sont arrondis et non rangés en plaques.

A peine quelques pustules, sur le cuir chevelu, adénopathie dure, indolente de tous les ganglions.

Traitement. Tisane de houblon, vin de quinquina. Une pilule de Dupuytren.

20 octobre. M. Vidal reprend le service et constate que la malade est en voie de guérison. Les accidents cutanés décroissent; il y a une diminution de la saillie des boutons, et même un grand nombre d'entre eux ont disparu pour laisser à leur place une macule devenant un peu bleuâtre sous l'influence du froid extérieur. Néanmoins il reste encore un grand nombre de papules faisant une saillie au-dessus de la peau.

Traitement : 2 pilules Dupuytren, poudre de quinquina pour les gencives, sirop iodo-tannique, 2 cuillerées à bouche.

Vers la fin de l'année, la malade n'était pas encore totalement guérie de ses exanthèmes syphilitiques.

Analyse chimique du sang.

A son entrée :

1^{er} sérum absorbe 21 de solution chlorée, ce qui indique moins d'albuminoïdes dans le sérum.

1^{er} sang total est décoloré par $\frac{80}{10}$ de chlore au lieu de $\frac{160}{10}$

Hémoglobine par hydrosulfite 75 grammes (au lieu de 125, chiffre normal).

Après 18 jours de traitement spécifique :

1^{er} sérum absorbe 28

1^{er} sang total est décoloré par $\frac{140}{10}$ de chlore

Hémoglobine par hydrosulfite 84 gr. 54.

4 octobre 2.650.000 globules rouges.

10 — 2.760.000 —

14 — 2.870.000 —

19 — 2.940.000 —

Réflexions. — Il est facile de voir qu'à son entrée le sérum et l'hémoglobine étaient fort altérés, les albuminoïdes du sérum avaient subi une diminution bien nette, puisqu'il existait une diminution d'absorption de l'eau chlorée titrée; de plus, l'hémoglobine, de 125 grammes était tombée à 75 grammes, une grande partie ayant été détruite.

Avec le traitement, les quantités de ces différentes substances augmentent de poids.

Lorsque les syphilides exanthématiques sont malignes, la composition du sang s'altère également, il survient une diminution très sensible des matériaux solides du sérum, du pouvoir oxydant et de l'hémoglobine.

Gommes exanthématiques cutanées (période secondaire).

Ces curieuses et rares lésions se présentent chez l'adulte aussi bien que chez le vieillard. Toutefois il faut attendre qu'elles aient été étudiées avec soin pour apprécier leur fréquence.

Elles se montrent vers le milieu ou à la fin de la période secondaire, sont disséminées, éparses çà et là sur le tronc, ou sur les membres au nombre de 10 à 15. Nous n'avons pas constaté de siège d'élection.

Ce sont des tumeurs dont le volume peut égaler celui d'une tête d'épingle, d'un petit pois ou d'une noisette, rarement d'une noix. Une moitié est enchâssée dans le derme, tandis que l'autre fait saillie au-dessus de la peau. Au début, on les prend pour des tubercules élémentaires.

Les tubercules secondaires sont nombreux, coexistent avec des papules, lesquelles ne présentent point d'infiltration profonde. De plus, la peau est rouge hyperhémique au delà de la lésion papulo-tuberculeuse, tandis qu'à la première apparition de la gomme secondaire la coloration de la peau est à peine marquée.

Plus tard il se fait un léger ramollissement dans le 1/4 ou le 1/5 de la tumeur avec un très petit bourbillon au sommet ou dans la profondeur.

Nous n'avons pas constaté ces ramollissements considérables, tels que ceux qui se produisent dans les gommes tertiaires. Bientôt, survient une ulcération plus ou moins grande, parfois en cratère, mais les 2/3 de la bosselure restent solides, le sommet est croûteux.

On confond souvent ces lésions avec une pustule; si l'on a suivi l'évolution, le diagnostic sera facile; sinon il peut offrir de grandes difficultés. Notons comme un bon caractère le peu d'inflammation de ces tumeurs.

Si nous insistons sur la manière de les différencier, c'est qu'elles réclament le traitement mixte quoiqu'elles appartiennent à la phase secondaire.

Il y a dans l'étude de ces lésions des considérations pleines d'intérêt qui permettent de mieux apprécier les localisations syphilitiques malignes précoces. Toutefois, ce n'est pas ici le lieu de les développer.

Syphilis maligne précoce.

Cette forme d'intoxication syphilitique n'est pas absolument rare chez le vieillard (obs. II), on peut la voir survenir avec tous ses degrés, depuis la simple pustule jusqu'à l'ulcération simple et même l'ulcère gangréneux, bien que ce dernier fait soit rare. Il faut comme chez l'adulte donner le traitement mixte, mais ici la médication bien qu'active est lente dans ses résultats; on voit ces malades, malgré la meilleure thérapeutique, rester

cachectiques pendant des années avec des repullulations, dont on ne s'explique guère les causes occasionnelles.

Accidents cérébraux coïncidant avec des paralysies syphilitiques.

Les troubles nerveux peuvent prendre une très grande intensité, même à la période secondaire.

Tantôt les accidents cérébraux sont au premier plan : ils se caractérisent par du délire, des troubles intellectuels divers, voire même par de l'aphasie. Les troubles paralytiques sont au second plan, et peuvent passer inaperçus parce qu'ils ne sont pas assez accentués ; ce sont des monoplégies souvent incomplètes ; nous n'avons jamais constaté à cette période de paralysie presque absolue, comme cela se voit dans les lésions en foyer ; de plus, les symptômes céphaliques ne sont pas semblables à ceux qui se produisent dans les altérations en foyer.

Tantôt les désordres paralytiques sont au premier plan et les troubles intellectuels au second.

Ces symptômes, effrayants parfois, disparaissent sous l'influence du traitement spécifique. Ici, nous sommes certains de l'efficacité du traitement mixte. Toutefois, ces troubles résistent un peu plus chez les vieillards que chez les adultes. Il est des cas où la guérison est rapide (obs. II).

Mais si l'on compare ces troubles nerveux secondaires avec ceux des phases tertiaires, on verra que ces derniers sont rebelles, tenaces, difficiles à déloger, tandis que les premiers sont très sensibles à la médication antisiphilitique ; néanmoins, il faut surveiller les malades, car on peut voir deux choses se produire :

1° Leur *récidivité*. Après un temps plus ou moins long, on voit se reproduire les accidents cérébraux divers, l'aphasie, les paralysies et chaque fois avec une nouvelle ténacité. Il faut donc continuer le traitement ou mieux l'interrompre souvent pour le recommencer de même ;

2° Leur *aggravation* avec le temps. Au début, les symptômes nerveux sont rapidement amendés, guéris par la thérapeutique spécifique. Plus tard, tantôt ils résistent à tout traitement rationnel, tantôt ils s'atténuent sans jamais disparaître ; souvent, après avoir diminué d'intensité, on les voit s'aggraver, alors que la médication est continuée.

Voici un exemple de troubles cérébraux précoces pendant la période secondaire et qui ont guéri rapidement sous l'influence des spécifiques.

Observation II. — *Syphilis maligne pustulo-gangréneuse chez un homme âgé de 68 ans.* — *Accidents cérébraux précoces (hémiplegie droite et délire) ayant débutés 6 mois environ après le chancre infectant.* — *Guérisson rapide par le traitement mixte,* par M. le Dr QUINQUAUD.

Au mois d'août 1879, entré à la salle Saint-Léon, n° 25, service de M. Besnier, suppléé par M. Quinquaud, le nommé Ch., âgé de 68 ans.

Cet homme est atteint d'une syphilis maligne. Il est grand, conservant encore les restes d'une bonne constitution, n'avait jamais été malade. Il fait quelques excès de temps à autre, mais il ne paraît pas alcoolique (il n'y a aucun accident en ce moment.) La maladie remonte à 2 mois environ ; à cette époque il fut pris d'une grande courbature avec malaise, anorexie, se mit au lit et eut une fièvre assez intense avec accès irréguliers, qui débuta par du frisson, suivi de chaleur et de sueurs.

Depuis un temps qu'il ne peut préciser, mais qu'il évalue à peu près à 6 mois, il était porteur de chancres qui ne se guérissent complètement qu'à près deux mois environ de traitement par le vin aromatique.

Il y a cinq semaines, il s'aperçoit que des boutons surviennent sur la surface cutanée : ces boutons étaient d'abord petits, mais bientôt ils ont grossi et ont acquis le volume d'une noisette.

Les signes généraux ont continué même après l'éruption.

État actuel. — Il existe une adénopathie généralisée occupant les ganglions inguinaux, les ganglions cervicaux postérieurs, latéraux, épitrochléens ; à la région inguinale, on ne trouve aucune cicatrice, mais il en existe une sur la face dorsale du gland. Pas traces de plaques muqueuses.

L'anus, la bouche, le pharynx, les amygdales, l'épiglotte ne présentent rien d'anormal.

L'éruption cutanée est caractérisée par plusieurs éléments éruptifs ; sur le front, vers les commissures labiales, sur le menton, sur la face antérieure du thorax, on voit de larges placards arrondis, nummulaires, déprimés au centre avec un relief périphérique ; ils ont 4 à 5 centimètres de diamètre, une couleur de cuivre rouge avec quelques croûtelles au centre. Ils présentent une certaine épaisseur, on sent qu'il existe une légère infiltration néoplasique du derme. Ce sont des papules plates, géantes, nummulaires, dénotant la syphilis.

À la région dorsale, au tronc, un nodule étalé sur les bords, fortement saillant au centre, ressemblant à une large pustule d'ecthyma, au centre de laquelle existe une eschare noirâtre, encadrée par une saillie de forme arrondie qui l'entoure.

Sur l'abdomen, au niveau des cuisses, des tibias, de la nuque, on trouve ces mêmes éléments dont les uns se montrent avec de larges ulcérations, dont les autres sont à l'état pustuleux, enfin sur 5 à 6 le centre est modifié et réduit en eschare assez profonde.

En présence de ces éruptions et de ces adénopathies, il n'est pas douteux qu'il s'agisse de syphilides, et qu'elles doivent être classées dans les syphilides malignes précoces. La maladie constitutionnelle ne s'est pas arrêtée là.

Le 20 août, cet homme a été pris subitement de divagations intellectuelles. Il était agité, avec tremblement des membres, céphalée nocturne des plus vives ; en même temps, il fut pris d'une hémiplegie droite incomplète. La main droite serrait beaucoup moins que la gauche, bien qu'il fût droitier.

Lorsqu'il marchait, la claudication était nette. A peine si les traits de la face étaient légèrement déviés. Cette hémiplégie est loin d'être complète.

Le malade n'est point un alcoolique, n'a pas de pituite, n'avait pas de cauchemar ni de tremblement avant ces dernières manifestations, n'a point d'antécédents vésaniques dans sa famille, n'a jamais eu de rhumatisme, n'a rien au cœur. Nul doute encore ici que la syphilis ne soit la cause de tous ces accidents, car les troubles cérébraux sont survenus en même temps qu'une nouvelle poussée de syphilides malignes, ulcéro-gangréneuses; d'ailleurs, l'allure même des symptômes est assez particulière; l'hémiplégie est incomplète, elle coïncide avec du délire, avec de la céphalée nocturne.

De plus, le traitement vient donner raison à ce diagnostic.

Cet homme est soumis au traitement mixte : iodure de potassium, 5 grammes par jour, frictions mercurielles 2 fois par jour dans les aines, à la partie interne des cuisses, et dans les aisselles. En outre, il a pris 4 grammes d'extrait de quinquina et quinze gouttes de perchlorure de fer par jour.

Après 4 jours de ce traitement, l'amélioration était bien nette, et 8 jours après le délire cessait, sa poussée a persisté une vingtaine de jours, mais elle a guéri. Ce n'est que vers le 40^e jour que les ulcérations syphilitiques étaient cicatrisées. Néanmoins de temps à autre survenaient encore quelques pustules d'ecthyma syphilitique non gangréneuses. Le malade avait repris un certain embonpoint. Nous avons perdu de vue cet homme, mais le diagnostic ne laissait aucun doute sur la nature de ses éruptions et des accidents cérébraux qu'il avait présentés.

Cette observation vient à l'appui de cette loi de syphiligraphie que nous avons cherché à développer depuis 1871 dans plusieurs thèses de nos élèves, et que beaucoup d'auteurs admettent sans réserves. Le savant professeur Fournier l'a formulée un des premiers. Les accidents viscéraux n'apparaissent point tous à la période tertiaire; on peut les voir se produire à la phase secondaire; de telle sorte que, dans le cours de la syphilis, on peut voir se montrer des accidents cérébraux, hépatiques, spléniques, musculaires, osseux, à 2 périodes distinctes, et partout offrant des caractères spéciaux, à allures particulières, dont l'étude clinique se parfait de jour en jour.

Dans la phase tertiaire, ce ne sont plus, comme dans la phase secondaire, des lésions congestives avec néoplasie jeune embryonnaire et lésions consécutives peu importantes; au contraire, ce sont des altérations scléro-gommeuses, avec lésions d'ordre commun qui amènent des lésions secondaires contre lesquelles le traitement spécifique n'a plus de prise. L'anatomie pathologique nous rend donc un compte satisfaisant de l'efficacité ou de la non efficacité du traitement dans ces deux ordres d'altérations.

Accidents cérébraux syphilitiques simulant une fièvre typhoïde grave, convalescence longue.

Chez le vieillard, comme aussi chez l'adulte, on voit se produire au moment de la période secondaire, coïncidant avec l'exanthème, un ensemble de symptômes tout à fait insolites : le syphilitique ressemble à un malade atteint de *fièvre typhoïde nerveuse lente* ou *ataxo-adrénalique*.

Au début, courbature, fatigue, perte d'appétit avec léger embarras

gastrique, phénomènes douloureux qui, tantôt, siègent sur le trajet des nerfs, à la manière d'une vraie névralgie souvent trifaciale, tantôt occupent les muscles, le périoste, les os, les articulations : on pense à une forte courbature ou bien à une fièvre rhumatismale avec *arthropathie*.

Bientôt se produisent des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, des épistaxis, une fatigue excessive avec incapacité de travailler ; quelquefois même un peu de diarrhée ; on note le pouls à 190 pulsations par minute, une température à 38°,5 et 39°, on abandonne le premier diagnostic pour croire à l'existence d'une fièvre typhoïde plus ou moins grave.

Après 15 jours ou 3 semaines de cet état, le malade éprouve des agitations la nuit, puis survient de l'adynamie. La rate et le foie sont rarement plus volumineux qu'à l'état normal ; chez l'adulte, la tuméfaction de ces organes n'est pas très rare. La langue peut même se sécher ; toutefois les fuliginosités nasales et buccales n'acquièrent point la même intensité qu'elles présentent dans la fièvre typhoïde. Le pouls est à 115, la température peut aller exceptionnellement à 40°5. La fièvre typhoïde semble probable.

Néanmoins, il reste des doutes, attendu que la diarrhée n'est pas continue, que l'abdomen n'offre pas de météorisme en rapport avec l'intensité des phénomènes généraux, que les taches rosées lenticulaires manquent, que les accidents thoraciques font presque défaut, que les fuliginosités sont à peine marquées. Souvent aussi le thermomètre, bien que la maladie semble grave, marque 39° ou un chiffre inférieur. La marche cyclique et régulière de la courbe thermique dans la fièvre typhoïde ne s'y rencontre pas. Dans la syphilis secondaire avec accidents typhiques, la marche est irrégulière.

En voici un exemple :

Observation III. — Marie D..., âgée de 56 ans, vint à la consultation du Bureau central vers la fin d'octobre 1880, se plaignant d'arthralgies, de courbature, de névralgie faciale gauche avec les points douloureux classiques.

P. = 104 puls. Temp. axil. = 38°5.

Epistaxis, bourdonnements d'oreilles, inaptitude à tout travail, un peu de diarrhée, pas de taches rosées lenticulaires, langue légèrement saburrale, inappétence, quelques nausées.

Ce qui frappe principalement, c'est la violence de la névralgie faciale, s'exagérant surtout la nuit.

Depuis lors, voici ce qui s'est passé. Elle s'alite après 14 jours de prodromes. La fièvre devient intense, puis apparaissent des phénomènes cérébraux, somnolence, adynamie, ataxie même.

Le pouls oscille entre 106 et 120°, la température entre 38°8 et 39°6.

A partir de là, elle perd connaissance, pendant un mois environ, ayant

tous les 5 jours un peu de diarrhée, sans gonflement de la rate ni du foie; adénopathie cervicale et taches roséoliques au niveau du flanc droit.

La malade recouvre peu à peu sa raison dans le commencement de novembre, mais elle est fortement amaigrie, ne prenant que du bouillon et du lait; la faiblesse est excessive, elle ne commence à se lever que dans le courant de décembre. Ce n'est que dans le mois de février qu'elle peut s'alimenter et que ses forces reviennent progressivement.

En novembre, on remarque des taches sur le corps avec des démangeaisons sur les régions velues. L'examen direct permet de constater une éruption généralisée, très facile à voir sur les hypocondres, sur l'abdomen, le thorax et sur la face antérieure du bras. Ce sont des taches d'un jaune rouge, peu démangeantes, irrégulières, s'accompagnant d'adénopathies qui occupent les aines, le cou, le bord postérieur du sterno-cléido-mastoidien. Les sous-occipitaux sont également pris; aux régions génitales, se montrent une multitude de plaques muqueuses, saillantes vers le bord libre de la face interne des grandes lèvres, il en existe également sur les régions avoisinantes.

Au niveau des deux piliers antérieurs, on voit des plaques circonscrites, rouges, avec une teinte opaline, sans tuméfaction notable, non douloureuses; rien au pharynx. Sur la commissure labiale gauche, on aperçoit une plaque avec deux fissures saignantes.

Vers le bord libre de la paupière supérieure, on constate une petite tumeur rappelant l'orgeolet, mais la couleur est jaune, peu inflammatoire, avec une sécrétion desséchée. C'est une phlegmasie des follicules des glandes de Meibomius, ou mieux une adéno-folliculite ciliaire circonscrite, affection qui se voit quelquefois dans la syphilis des adultes.

Cette femme est atteinte incontestablement d'une syphilis à la phase secondaire. De plus, nombre de signes de la fièvre typhoïde ont manqué. Pas de taches rosées, pas de tuméfaction de la rate, pas de météorisme, pas de bronchite, ni de congestion pulmonaire. Le pouls n'avait pas le dicrotisme très accentué. Il est difficile de croire à une fièvre typhoïde, d'autant plus qu'après la cessation des accidents cérébraux, elle a eu de la céphalée nocturne bien nette. C'est alors qu'on la soumet au traitement mixte, qui fait cesser les accidents au bout de 10 jours.

Nous pensons donc qu'il s'agissait là de phénomènes précédant et accompagnant l'évolution de l'exanthème syphilitique. Nous comparons cette fièvre syphilitique à la fièvre d'invasion de la roséole, de la scarlatine, de la rougeole, maladies dans lesquelles l'exanthème est précédé d'une fièvre à caractères variables suivant l'espèce de fièvre éruptive.

L'anomalie dans le cas précédent est la longueur des symptômes et leur intensité. Cependant, ce n'est pas la première fois que nous constatons des accidents de cette nature. Nous avons vu commettre sur ce point plus d'une erreur de diagnostic. Il est probable que nous-même aurions commis l'erreur sans la constatation de l'adénopathie cervicale et sans quelques taches de roséole au niveau du flanc droit.

La roséole, chez les vieillards, bien que souvent très nette, peut être parfois difficile à retrouver, soit parce qu'elle reste cantonnée sur un point, soit parce que les taches sont à peine marquées. Il est donc de

regle, lorsqu'on se trouve en présence de cas semblables, de découvrir les malades, de les examiner le plus scrupuleusement possible.

Il s'agit là d'accidents cérébraux intenses coïncidant avec un état typhoïque grave. Tous les intermédiaires peuvent se présenter et simuler les divers degrés de la fièvre typhoïde ordinaire; en un mot, c'est une *typho-syphilis*.

C. — *Accidents tertiaires.*

Syphilide circinée tertiaire avec infiltration nodulaire du derme. — Ces formes appartiennent bien à la vieillesse, bien qu'on puisse les voir vers la fin de l'âge adulte : elles consistent en une induration de 3 à 4 millimètres de largeur, recouvert de croûtelles; lorsqu'on explore avec le doigt, on sent que la tuméfaction n'est point superficielle, mais qu'elle s'étend profondément, il se fait une infiltration dermique histologiquement analogue à celle des gommès.

En voici un exemple que nous avons recueilli récemment dans notre service :

Observation IV. — *Syphilis ayant débuté à l'âge de 54 ans, par des boutons aux organes génitaux, croûtes au cuir chevelu; plus tard apparition d'une syphilide circinée avec récidives fréquentes.*

Lap..., âgée de 75 ans, entre le 30 mars 1881 à l'infirmerie de l'hospice des Petits-Ménages, salle Léger, n° 15.

Antécédents personnels. Dans sa jeunesse Lap..., était fort nerveuse; après son mariage, elle n'eut ni enfant à terme, ni fausse couche.

A 24 ans, cette femme aurait eu successivement une fièvre typhoïde, une pleuro-pneumonie.

Cette malade a des taches sur la peau depuis l'âge de 55 ans. Elle n'a jamais eu de croûtes sur la tête qu'au début. N'a jamais perdu ses cheveux. L'éruption aurait commencé par de petits boutons qui laissaient après eux des cercles cuivrés avec une petite infiltration profonde, montrant que cette affection est moins superficielle qu'elle ne paraît.

Elle-même a été traitée à Saint-Louis, il y a 20 ans, six semaines après la sortie des boutons. Pendant ces six semaines, elle avait éprouvé des démangeaisons, des boutons avec croûtes sèches sur la tête. N'a eu aucune courbature, aucun ulcère, aucune plaque aux parties génitales, ni dans la gorge. Elle est restée 2 mois à Saint-Louis, est sortie améliorée, non guérie. Elle n'a jamais rien eu à la figure, aux mains, ni aux pieds.

Pendant son séjour à Saint-Louis, les boutons étaient beaucoup plus gros, et elle en avait eu encore de semblables il y a 3 ou 4 ans. Ces boutons étaient couverts de croûtes grisâtres peu épaisses.

Son mari aurait été soigné pour une certaine maladie qu'elle ne désigne pas autrement, mais qui aurait nécessité son séjour à Saint-Louis et à la maison Dubois.

L'interrogatoire du mari nous apprend qu'il a eu une blennorrhagie il y a 15 ans; mais, de plus aurait été soigné pour des boutons aux parties génitales.

La femme d'ailleurs dit que son mari était un coureur de femmes, elle l'accuse de lui avoir communiqué sa maladie.

Cette femme se sent plus malade depuis 8 mois. Des étourdissements se sont produits. Le mal de tête devient intense de temps à autre.

Hier, étourdissement assez fort pour amener la chute de la malade. Toutefois elle n'a pas perdu connaissance; se plaint de la tête et de bourdonnements dans les oreilles. Elle n'a jamais été paralysée; mais elle marche difficilement à cause d'un tremblement qui paraît prédominer surtout dans le bras gauche et dans la jambe du même côté. L'annulaire et l'auriculaire sont restés engourdis pendant toute la durée de l'hiver. Pas d'anesthésie. La tête tremble beaucoup: ce tremblement a commencé par la tête il y a 30 ans; il s'est propagé à la main il y a 2 ans et à la jambe il y a 8 mois. Les mouvements de la tête sont des mouvements négatifs. Cataracte de l'œil gauche datant de 5 ans.

État actuel, 8 avril. T. V. 38°. Fonctions gastro-intestinales régulières.

Urines sans sucre ni albumine.

L'audition est bonne, affaiblie à gauche.

On trouve un dédoublement du 2^e temps avec bruit de drapeau à la base du cœur. Athérome cardiaque et vasculaire.

Cette femme se plaint d'une céphalagie violente occupant surtout le sommet de la tête et s'exaspérant le soir.

L'exanthème actuel occupe surtout les membres inférieurs et quelques parties du tronc; on en trouve peu sur les membres supérieurs. Il est caractérisé par deux ordres de lésions: les unes, anciennes, sont de petites cicatrices superficielles, blanches, non kéloldiennes. D'autres sont entourées d'une zone de pigment jaune, le centre restant blanc réticulé; les autres, plus récentes, formant des cercles à cicatrices centrales avec une zone indurée un peu saillante, mais surtout à base avec infiltration nodulaire et de légères croûtelles à la surface. La couleur est d'un rouge jambon. Quelques démangeaisons.

Le doute ne saurait exister, il s'agit là d'une syphilide cerclée, annulaire, avec infiltration du derme assez accusée à la base du cercle. Aucune éruption herpétique, ni même arthritique dans cet ordre de lésion, ne donne naissance à des cicatrices ni à aucune éruption semblable.

Les os, les articulations n'offrent aucune lésion appréciable.

Traitement: 2 grammes d'iodure de potassium.

2 — bromure.

1 pil. de Sédillot.

8 avril. Souffre moins de la tête. Laryngite à *frigore* depuis quelques jours. La céphalée diminue; l'induration basale de la syphilide circonécée est moins accentuée; l'épaississement est plus faible.

15 avril. Elle continue le traitement spécifique. Céphalée moins vive.

18 avril. Un peu de diminution de l'appétit.

20 avril. Mal de tête diminue depuis environ 12 jours. Elle a une recrudescence par accès de son tremblement qui l'empêche même de marcher.

5 mai. Les taches qui prédominaient surtout à la face externe des cuisses, ont sensiblement pâli; un certain nombre a disparu. La céphalée est moins intense, mais par instants la malade a encore des étourdissements. Même traitement.

20 mai. La malade sort aujourd'hui. Il existe encore des taches circonécées avec une très légère desquamation, mais l'infiltration du derme a disparu;

c'est un reste de desquamation. Les maux de tête ont cessé. Le tremblement persiste et augmente en certains moments, comme par accès.

Réflexions. — Cette observation nous montre une femme athéromateuse avec étourdissements ischémiques, avec tremblement sénile, non syphilitique. Mais la céphalée violente, l'éruption cutanée appartient à la syphilis. Indépendamment des caractères cliniques, le traitement mixte a, en effet, produit en sept jours une amélioration notable de la céphalée et de l'éruption; un mois et demi après le début des spécifiques, la céphalée avait disparu et l'éruption ne laissait plus apercevoir que des traces.

Remarquons ici que pendant de longues années (15 à 20 ans), cette syphilis avait récidivé, guéri, repullulé dans les mêmes régions. En aurait-il été ainsi avec un traitement bien dirigé? Nous ne le croyons pas; néanmoins nous avons pu voir des cas de syphilides circonscrites, résolutes chez des personnes âgées, syphilides qui récidivaient pendant des années malgré le traitement le plus rationnel.

Syphilis des vieillards contractée dans la jeunesse ou pendant l'âge adulte.

Nous nous bornerons dans ce chapitre à signaler quelques faits intéressants de syphilis cérébrale et de gommes ganglionnaires, nous réservant d'y revenir dans une autre étude.

Syphilis cérébrale tertiaire.

La syphilis cérébrale à son maximum de fréquence vers l'âge adulte, de 30 à 50 ans; néanmoins, on peut la voir survenir plus tard et dans ce dernier cas, les erreurs de diagnostic sont très faciles à commettre, vu la fréquence des maladies encéphaliques à cet âge.

Chez les vieillards, les accidents syphilitiques ont des allures qui les rapprochent beaucoup de ceux des adultes: ils consistent surtout en prodromes douloureux, moins violents toutefois que chez l'adulte. C'est une céphalée avec vertiges empêchant le sommeil, suivie, plus rarement précédée de paralysies circonscrites de la face, des muscles de l'œil, d'hémiplégie, de paraplégie.

Cette perte de la motilité est au début peu accusée, parfois les malades ne s'aperçoivent pas du moment d'apparition qui se fait à petit bruit.

S'il y a un début brusque, ce n'est point l'ictus vrai des lésions en foyer, mais plutôt une attaque convulsive apoplectique.

Ces paralysies sont d'abord incomplètes, puis elles s'aggravent avec le temps; dans les lésions en foyer, le maximum d'intensité arrive sou-

vent avec l'attaque, puis amélioration les jours qui suivent le début, ensuite aggravation ou atténuation suivant dans les cas. Cette marche spontanée n'est différente que dans certains cas de ramollissement du cerveau.

Néanmoins, il est des exemples de syphilis cérébrale qui ressemblent beaucoup à des ramollissements encéphaliques. Lorsqu'une maladie du cerveau a été précédée par plusieurs mois, ou même quelques semaines, d'une céphalée assez forte, il faut songer à la syphilis, surtout s'il y a coexistence de paralysies partielles. Nous n'insistons pas sur la recherche des lésions syphilitiques concomitantes des divers organes, qui viennent s'ajouter comme signes de fortes présomptions.

Dans certains cas, la céphalée fait défaut ou est très atténuée, c'est alors que les plus graves difficultés se présentent ; toutefois, l'existence d'une syphilis ancienne peut mettre sur la voie ; trop souvent on ne peut en rencontrer trace, malgré l'investigation la plus minutieuse ; alors on pense à de l'ischémie, puis, à l'autopsie, on trouve une gomme ou une méningo-encéphalite scléro-gommeuse ayant déterminé un ramollissement et des paralysies indélébiles. S'il y a coexistence de paralysie oculaire, le diagnostic devient plus probable ; en effet, les paralysies dépendent le plus souvent d'une tumeur, il ne reste plus alors que d'en reconnaître la nature.

Enfin, dans les cas indéchiffrables, nous dirons : toutes les fois que chez un vieillard il se présentera une anomalie dans la marche, dans l'évolution, dans les symptômes d'une maladie cérébrale, il faut songer à la syphilis et administrer le traitement spécifique. S'il survient dans la première quinzaine une amélioration notable, les probabilités sont pour la syphilis, si l'atténuation ne se produit pas, on ne peut encore rejeter la syphilis, mais il faut d'autres signes pour conclure.

Au point de vue du pronostic, nous dirons, comme pour l'adulte : lorsqu'on arrive à temps, on peut guérir ; néanmoins, la ténacité, les rechutes, les récidives sont plus fréquentes chez le vieillard que chez l'adulte.

A la période confirmée le pronostic est plus grave : la guérison complète y est rare.

Pour bien montrer l'allure symptomatique de la syphilis cérébrale, nous citerons l'exemple suivant, dans lequel les localisations encéphaliques sont survenues chez un adulte ; mais souvent chez le vieillard les manifestations ont une physionomie semblable.

Observation V. — *Syphilis cérébrale.* — *A droite, paralysie de la 3^e et de la 5^e paires.* — *hémiplegie droite.* — *A gauche, paralysie de la 3^e paire.* — *Céphalée.* *Syphilis contractée à l'âge de 36 ans.*

Louis Eugène..., âgé de 46 ans, garçon de magasin, entre le 19 juillet 1880, salle Saint-Louis, puis est transféré dans le service de M. Besnier, suppléé par M. Quinquaud.

Jamais de rhumatisme. Bonne santé habituelle. Le malade était d'une force plus qu'ordinaire. Habitudes alcooliques.

Syphilis contractée en 1871. Chancres du gland dont on retrouve encore quelques vestiges. Syphilide secondaire et éruption spécifique en 1872; cicatrices sur les avant-bras.

Le traitement fait en ville a été incomplet; un mois de pilules de Sédillot.

En 1878, il dut entrer à Saint-Louis pour des céphalalgies internes et resta six semaines dans le service de M. Hillairet (k l. de 4 à 5 grammes.) Le malade vomissait 5 à 6 fois par jour.

En ville, il cessa tout traitement, les douleurs avaient complètement disparu.

Il y a 3 mois, la céphalalgie reprend; elle revient graduellement, se localise à la région fronto-pariétale droite, pour n'envahir qu'une seule fois le côté gauche.

La douleur de tête n'est pas continue, elle s'exagère le matin et le soir. Elle donne au malade des sensations de tension, de déchirure de la cervelle, il croit qu'on lui arrache la tête, les douleurs persistaient au début 2 ou 3 heures seulement pendant le jour; la nuit elles étaient assez fortes pour empêcher le sommeil tant elles étaient continues. — « Pas moyen de dormir avec ça. » — Une partie de ces renseignements ont été pris dans le service de M. Fournier.

Depuis une huitaine de jours, la céphalalgie a beaucoup diminué, ainsi le malade n'a pas souffert cette nuit, il n'a eu de douleur de tête qu'une heure dans la matinée.

Il y a 3 mois que le malade est fatigué, il souffre dans les jointures. Les tibias sont douloureux à la pression, cependant ils ne sont le siège d'aucune tuméfaction notable. Il y a 2 ans dans le service de M. Hillairet, il a eu une périostose droite.

Louis a vu survenir en 1873 une éruption de pustules qu'il désigne sous le nom de clous; il est porteur de nombreuses cicatrices blanches, lisses au centre et pigmentées à la périphérie.

Le malade n'a jamais eu de perte de connaissance ni d'étourdissement: il n'a pas fait de chute.

Il est sujet aux crampes, aux contractures spontanées et passagères, non seulement des jambes, mais encore des parois abdominales.

Jamais d'attaque épileptique.

Comme phénomène prémonitoire, le malade ne semble avoir eu que des tressaillements de l'œil droit qui lui sautait continuellement, disait-il; c'était une sorte de *blépharospasme* qui a cessé après un mois de durée.

C'est au milieu de cet état de santé qu'il y a 15 jours, apparut graduellement une lourdeur, puis une chute de la paupière; l'œil lui semblait d'abord plus petit, puis il se ferma tout à fait.

Depuis 3 mois, le malade a une certaine lourdeur de la tête, de la lenteur

de la tête, de la lenteur dans les idées, de la perte de la mémoire dont il se plaint lui-même.

Pendant qu'avait lieu la chute de la paupière, le malade remarquait de la diplopie, il voyait, et il voit encore, lorsqu'il soulève avec la main la paupière droite paralysée : la fausse image est toujours située au-dessus de la normale, elle est tantôt à droite, tantôt à gauche, et plus souvent inclinée à droite et au-dessous. Pupille droite dilatée.

Cet homme n'a pas eu d'ictus, cependant il est frappé d'un état paralytique complexe que nous allons maintenant décrire. Aucun renseignement sur le moment, ni sur la manière, ni sur le temps que les paralysies ont mis à se produire. Tout ce qu'il affirme, c'est qu'il y a quinze jours, il n'était pas paralysé, il n'avait que de la perte de la mémoire, de la céphalalgie et de la somnolence, un peu de diplopie, et un fréquent tressaillement de l'œil droit.

L... n'avait jamais remarqué de la déviation de la bouche; la commissure gauche est tirée à droite, la joue gauche est flasque, et lorsqu'on fait souffler le malade, on le voit se gonfler comme un rideau, laissant échapper l'air par la commissure correspondante. Déviation de la lèvre à droite. Impossibilité de siffler. Les déformations avec tiraillement à droite augmentent en ce moment. En un mot paralysie faciale gauche qui était restée inaperçue du malade.

Les membres et la moitié du tronc du côté opposé présentent des troubles paralytiques du mouvement et de la sensibilité; couché, il soulève difficilement sa jambe, quand on la relève; il ne peut qu'à grand peine l'empêcher de retomber; lorsqu'il marche, il s'appuie mal sur la jambe droite, fait frotter la pointe du pied contre le plancher en décrivant un arc : en un mot il marche en fauchant; et jamais l'abolition des fonctions du membre droit n'a été complète. Il serre faiblement de la main droite.

L'hémianesthésie du même côté est très manifeste, et [quand on pince le malade, c'est à peine s'il retire sa jambe ou son membre supérieur, tandis qu'il sent bien du côté gauche.

Depuis 3 semaines environ, la miction est devenue difficile, les envies existent, mais l'urine n'est chassée qu'au prix de grands efforts; la constipation, qui était opiniâtre avant la rentrée dans nos salles, a beaucoup diminué.

Il y a 5 mois que les facultés génésiques s'affaiblissent, coïts plus rares; l'éjaculation se fait attendre plus longtemps.

Le malade parle avec plus de lenteur; il s'explique plus difficilement, il perd même la possibilité de s'expliquer d'une façon intelligible, il bredouille.

L'intelligence a diminué, mais la mémoire a subi une grave atteinte. Il porte la cicatrice d'un éclat d'obus reçu en 1870, et ne sait plus à quels ennemis l'on avait affaire : il croit qu'il a été en Espagne; on lui fait faire une soustraction; il additionne la moitié des chiffres et multiplie l'autre.

21 juillet. Le malade ouvre mieux l'œil droit, la céphalalgie est peu vive.

Le traitement mixte (frictions mercurielles, iodure de potassium à la dose de 5 grammes par jour) amène une amélioration notable dans la première quinzaine; mais à partir de ce moment, les troubles tout en subissant une atténuation ne cessent pas complètement, et lorsqu'au mois d'octobre 1880, nous quittons le service, ils persistent encore.

Gommes syphilitiques tertiaires des ganglions lymphatiques.

Les gommes ganglionnaires sont essentiellement des accidents tertiaires, souvent confondues avec des lésions scrofuleuses.

En effet, chez les vieillards, les écrouelles strumeuses ne sont point rares; si la scrofulo-tuberculose sénile s'observe assez souvent, on peut même y constater la leucocythémie avec suppuration des ganglions; il s'agit probablement dans ces cas d'une scrofulo-leucocythémie. Parfois la syphilis et la scrofulose s'associent pour donner naissance à des états scrofulo-syphilitiques.

Ces trois variétés d'écrouelles ont de nombreux points de ressemblance, si l'on se borne à les examiner superficiellement, bien qu'elles soient différentes au point de vue de leur nature, de leur évolution clinique, partant de leur traitement.

Les premières se reconnaissent à leur marche lente avec des poussées aiguës, suivies de suppuration à leurs bords amincis, déchiquetés, décollés, à leur trajet fistuleux, à leur coloration bleuâtre, enfin à leur coïncidence avec des accidents scrofuleux ou tuberculeux.

Les secondes se diagnostiquent à leur généralisation accomplie ou en voie de l'être, coïncidant avec une augmentation considérable de globules blancs dans la circulation sanguine.

Les troisièmes, si elles sont uniquement syphilitiques, sont reconnues grâce à leurs caractères physiques : ulcérations ganglionnaires taillées à pic en forme de cratère, avec peu de réaction phlegmasique, d'une couleur ardoisée ou d'un brun jaunâtre ou rougeâtre; à leur ouverture, d'où il s'écoule tantôt du pus phlegmoneux, tantôt un liquide visqueux, demi-transparent, parfois sanieux; au-dessous on voit le bourbillon blanc jaunâtre, ayant l'aspect de chanvre cru ou de la chair de morue.

Cependant le diagnostic présente de grandes difficultés: dans certains cas, les ulcérations gommeuses ont les bords décollés, de couleur bleuâtre; le liquide sécrété est trouble, contient quelques débris caséeux, comme cela se voit dans la scrofulo-tuberculose.

Il est possible d'établir un diagnostic de probabilités lorsqu'on rencontre des ulcérations isolées les unes des autres par des intervalles de peau saine, à cause de leur forme circulaire, des cicatrices arrondies non kéloldiennes; parfois, il existe sur une partie de la surface cutanée une syphilide cerclée en voie de réparation ou cicatrisée; le traitement peut juger la question, toutefois la guérison est toujours longue; si l'écrouelle est d'origine syphilitique, l'amélioration peut survenir dans la quinzaine qui suit la prise du spécifique.

Nous citons ici deux observations: dans la première, il s'agit d'une

femme de 77 ans, qui s'améliora rapidement et finit par guérir de ses écouvelles syphilitiques.

Dans la seconde, le malade n'a que 45 ans ; néanmoins nous le rapportons dans ce travail, attendu que les gommès ganglionnaires sont encore à l'étude, ce sera un document de plus pour servir à leur histoire pathologique.

Observation VI. — *Syphilis ancienne, gommès ganglionnaires ulcérées simulant des écouvelles scrofuléuses. — Guérison après un traitement spécifique.*

C..., âgée de 77 ans, est entrée le 25 septembre 1871 à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Bazin).

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'apoplexie. Sa mère est morte à 30 ans d'une maladie inconnue.

Une de ses sœurs est atteinte d'asthme.

Sa mère a eu huit enfants, 2 sont morts à la suite de la petite vérole ; les autres ont succombé en nourrice.

Antécédents personnels. — Mariée deux fois, elle n'a eu qu'un fils bien portant, âgé de 48 ans, lequel a eu trois enfants de bonne santé.

A 29 ans, elle aurait eu des boutons dans la tête et aux parties génitales ; depuis lors, elle n'avait rien éprouvé. Toutefois C... prend facilement des bronchites et des angines qui, d'ailleurs, ne durent pas.

A l'âge de 22 ans, fièvre intermittente pendant plusieurs mois.

Son affection actuelle remonte à 15 mois (il s'est donc écoulé près de 48 ans depuis les premières localisations syphilitiques), a débuté sur les parties latérales du cou, au niveau du bord postérieur du sterno-cléido-mastoidien par des petites grosseurs qui roulaient sous le doigt et qui s'ulcéraient spontanément après une durée de vingt jours environ.

Il y a 9 mois, une petite tumeur s'est produite dans la première portion du sternum, elle s'est elle-même ulcérée rapidement.

Enfin, il y a deux mois, au-dessous de la mamelle gauche s'est montrée une petite grosseur, du volume d'une noisette, qui s'est ramollie, puis ulcérée un mois après son apparition.

État actuel. — Derrière le bord postérieur du sternum, on trouve trois ulcérations, ayant la première un centimètre de diamètre, la seconde 16 millimètres et la troisième cinq seulement ; les bords sont taillés à pic, d'un rouge bronzé, à peine décollés ; l'ouverture est un peu ovale ; l'ulcère en forme de cratère à 6 millimètres de profondeur sur le premier et le second ; le fond est tapissé de détritès sanieux, sans masse caséuse. — Autour de ces solutions de continuité, on sent trois ou quatre ganglions ; au niveau de l'épaule, on remarque un fer-à-cheval de syphilide ulcéreuse.

Sur la première portion du sternum existe une ulcération de 6 millimètres de diamètre, recouverte d'une croûte brun verdâtre ; après l'avoir enlevé, on aperçoit les bords de l'ulcère taillés à l'emporte-pièce, sans décollement, d'une couleur jaune brun, nullement violacés, à fond bourgeonnants, sécrétant un liquide qui se concrète facilement ; sur un point, la cicatrisation est terminée ; à côté, on voit une ulcération avec trajet profond, le stylet ne découvre aucune trace de lésion osseuse.

L'ulcération sous-mammaire présente les mêmes caractères. Cette femme raconte qu'elle n'a fait aucun traitement pour ces lésions.

M. Bazin n'hésite pas à porter le diagnostic : gommès syphilitiques suppurrées du cou, à cause de la périphérie taillée à l'emporte-pièce, et de la couleur brun jaunâtre.

Ajoutons que les bords ne sont point violacés comme dans la scrofule, que la réaction inflammatoire ne s'étend que dans une zone fort restreinte ; que le liquide se concrète avec une grande facilité, de manière à former des croûtes sur les plaies. Au contraire, dans la strume, le liquide est peu concretsible, l'orifice de l'ulcère reste sanitaire. La zone de la réaction inflammatoire est étendue.

Trois jours après son entrée, un ganglion du cou s'ouvrit, un liquide visqueux sortit et au-dessous on pourrait remarquer une sorte de bourbillon ayant une couleur blanc jaunâtre.

Le traitement consiste en sirop de Gibert, emplâtre de Vigo, lavages avec le coaltar, médication tonique. Vin de quinquina, etc.

A la fin du mois d'octobre, trois des ulcérations étaient cicatrisées, et les autres en voie d'amélioration.

Cette observation nous démontre la possibilité de gommès syphilitiques ganglionnaires 40 ans après les accidents secondaires, elle nous fait voir leur évolution assez rapide, en opposition avec la marche très lente des adénopathies strumeuses.

Voici le second exemple :

Gommès ganglionnaires syphilitiques.

Observation VII. — Le 24 avril 1880, le nommé L..., employé de commerce, âgé de 45 ans, entré à l'hôpital Cochin (annexes), lit n°9, dans le service de M. Quinquaud.

Ce malade qui n'a jamais présenté d'antécédents strumeux s'est aperçu du développement de grosseurs au cou ; en même temps, il maigrissait. A cette époque survinrent des épistaxis et de la diarrhée. La rate et les ganglions des autres régions étaient normaux.

Il y a 12 ans environ, il eut un chancre sur le penis, et plusieurs mois après, il vit apparaître des éruptions cutanées qui ont coïncidé avec de fréquents maux de gorge et de la céphalée. Il y a deux ans, chute des cheveux. En ce moment, le malade présente sur la face antérieure des tibias, des cicatrices déprimées, minces, non chéloïdiennes, dont les unes sont complètement décolorées, les autres entourées d'un petit cercle brunâtre ; de telle sorte que, selon toute vraisemblance, ce sont là des traces d'ecthymas syphilitiques ulcéreux. Quelques autres cicatrices de même aspect et de même nature existent sur la cuisse et la partie latérale gauche de l'abdomen. Ce malade est donc manifestement syphilitique. Il n'a jamais suivi de traitement.

Depuis trois mois, il présente au cou, dans la région claviculaire droite, à la partie supérieure, une grosseur située derrière le muscle sterno-cléido-mastoidien et formée selon toute apparence par des ganglions. Cette tumeur a grossi petit à petit et quelque temps avant son entrée à l'hôpital, le malade y vit apparaître trois ulcérations consécutives à des lésions syphilitiques ulcérées. Ces ulcérations ont une disposition tout à fait caractéristique en

fer-à-cheval, syphilitique. Elles ne sont pas profondes et paraissent appartenir à des altérations dermiques, tandis que les ulcérations qui siègent au niveau des ganglions sont plus profondes; de l'une de ses gommès, on vit s'échapper un véritable boubillon avec issue d'un liquide filant et visqueux.

Néanmoins il y a peu de décollement et sur plusieurs, il n'existe pas.

D'ailleurs, le ramollissement a été beaucoup plus rapide que dans les tumeurs strumeuses.

Un stylet introduit dans l'ulcération principale pénètre assez profondément et par la pression, on fait sourdre un pus grisâtre et souvent peu abondant.

Pendant les quelques jours qui suivirent l'entrée de L... à l'hôpital, une autre partie de la tumeur augmente beaucoup de volume, la peau rougit et s'amincit malgré le traitement auquel on soumet le malade (sirop de Gibert, frictions mercurielles, iodure de potassium, toniques). La masse ganglionnaire seule a beaucoup diminué de volume sous l'influence de l'iodure de potassium.

On ouvre la tumeur, il en sort un pus très épais. Dans les premiers jours de juin, l'ouverture persiste sans tendance à la cicatrisation; en même temps, il se forme une seconde tumeur sur laquelle on voit rougir la peau: mais le malade, sur sa demande, quitte l'hôpital.

L'examen réitéré du foie, de la rate et des organes lymphoïdes ne fait découvrir aucune lésion. Cet homme d'ailleurs, n'avait jamais éprouvé d'accidents strumeux et il n'y avait pas d'antécédents scrofuleux dans sa famille.

En résumé, donc, nous ne pouvons rattacher ces lésions ganglionnaires ni à une lésion locale, ni à la scrofule, ni à l'adénie, ni à une lésion tuberculeuse ou cancéreuse du poumon. En sorte que l'on arrive par exclusion au diagnostic d'une lésion syphilitique des ganglions.

Il n'est pas rare chez les vieillards de voir des syphilides de la période intermédiaire se perpétuer pendant 8, 10, 15 ans et même davantage, diminuant sur un point pour repulluler à côté: c'est ce qui se produit surtout pour les syphilis papuleuses et tuberculeuses.

IV

SUR UN CAS DE SYCOSIS NON PARASITAIRE GÉNÉRALISÉ OU DE FOLLICULITES AGMINÉES REMARQUABLEMENT NOMBREUSES.

par **BARTHÉLEMY**, chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis.

I

Il suffit de se reporter à quelques années en arrière, à l'époque très rapprochée de nous, où vivaient Bazin et Cazenave pour se trouver en pleine période de discussion sur la nature parasitaire ou non parasitaire du sycosis.

Il n'est plus aujourd'hui de dermatologiste qui conteste le rôle capital que jouent *le plus souvent* dans sa production les spores végétales, et tout particulièrement, sinon exclusivement, le *trichophyton*.

C'est à Bazin, en France, que revient l'honneur d'avoir mis hors de doute que c'est ce même parasite végétal, qui, selon qu'il attaque le cuir chevelu la barbe et la face ou bien la peau du corps, donne lieu à trois affections, autrefois complètement séparées, aujourd'hui intimement unies par le lien de la causalité, à savoir la *teigne tondante*, le *sycosis*, l'*herpès circiné*.

Par cela même que le sycosis n'est sycosis que s'il siège sur la peau de la face, autour des mâchoires, dans la barbe, cette affection n'atteint que les adultes. La teigne tondante, au contraire, ne se développe que dans le jeune âge ou dans la seconde enfance, comme si les cheveux, en vieillissant s'étaient cuirassés contre le parasite ; toujours est-il qu'ils ont acquis une immunité fort remarquable : chez l'adulte, le trichophyton ne prospère plus que dans la barbe ou sur le corps.

Le chancre simple aime les organes génitaux, il est plus vivace sur les cuisses, dans les régions périnéales et fessières, mais, quel que soit l'âge de la peau, il se développe avec la même intensité.

Le trichophyton trouve aussi des régions plus spécialement favorables à son développement ; mais, outre des sièges de prédilection, il a encore des périodes spéciales.

Le trichophyton est une cause si fréquente des affections cutanées de la face que, de nos jours, dès que l'on entend prononcer le mot de *sycosis*,

l'idée d'un parasite, générateur de l'affection, se présente immédiatement à l'esprit.

Et de fait, ce n'est que justice rendue à la grande puissance de propagation dont sont douées les spores, ainsi qu'à leurs nombreux modes de contagion (contact, cohabitation, rasoirs malpropres, etc.).

Toutefois, il faut bien le dire, le *sycosis* n'est pas toujours de nature parasitaire. Cette affection cutanée peut résulter de la maladie spontanée ou tout au moins non trichophytique des follicules pileux ; et cette maladie peut présenter tous les degrés de l'inflammation, depuis l'hypérémie simple jusqu'à la suppuration.

Et, dans certains de ces cas où elle ne relève pas d'une cause végétale, elle peut ne pas se cantonner fatalement, soit au cuir chevelu, soit à la barbe et à la face, mais envahir, bien qu'avec une inégale distribution, la surface entière du corps et donner lieu à une affection *sycosiforme* presque généralisée.

D'ailleurs l'inflammation peut occuper des follicules isolés et donner lieu à de petits *abcès des poils* disséminés, c'est-à-dire au kérion (*κέριον*), décrit par Celse ; ou bien envahir tout un groupe de follicules voisins ; on a alors la *folliculite agminée* des auteurs français.

C'est à une maladie de ce genre qu'il nous a été donné d'assister dans le service du professeur Fournier, à Saint-Louis, ainsi qu'on en peut juger par l'observation suivante :

II

Observation

Th. Sylvain, âgé de 28 ans, boucher, entre le 23 octobre 1880.

Il ne présente aucun antécédent ni héréditaire, ni personnel. Pas de rhumatisme, pas de strumme, pas de syphilis à lui connue, pas d'excès alcooliques. Bonne santé habituelle.

Or, cet homme raconte que, depuis l'âge de 17 à 18 ans, il est sujet à des « boutons » occupant la tête, la face et le crâne, le cou, les épaules, le dos et la poitrine, et variant du volume d'une lentille à celui d'un gros pois. Ces boutons, d'ailleurs, ne sont pas seulement des boutons isolés ; mais çà et là ils se réunissent et forment de petites tumeurs ou des plaques, selon qu'ils sont encore fermés ou déjà ulcérés. Pour la plupart, ils ont la grosseur d'une noisette ou l'étendue d'une pièce d'un franc ; mais, quelques-uns atteignent les dimensions d'une pièce de cinq francs en argent et celles d'une noix.

Leur distribution sur le tronc et sur la tête est inégale. C'est à la partie supérieure du tronc, sur les épaules qu'ils sont le plus larges ; c'est à la face, et sur la tête à peu près chauve, et notamment dans la région frontale, qu'ils sont le plus nombreux. A ce niveau, ils sont isolés, ou bien agminés, mais en petite quantité, de façon à former des plaques qui ne dépassent pas les dimensions d'une pièce d'un franc. Ceux qui ne sont pas ulcérés sont saillants, mous, presque fluctuants, sans induration à la base, sans vive

douleur à la pression. Quelques-uns sont du volume d'un pois ; bien qu'ils ne soient pas très volumineux, la peau à leur surface est tellement tendue qu'elle est transparente et qu'elle prend une coloration jaunâtre, absolument comme si elle contenait une goutte de miel.

Si l'on perce ces petites poches, elles laissent écouler une goutte de pus, et si on les vide par une pression modérée (car il reste un peu de pus épais au fond de la poche), elles s'affaissent.

Quelques jours après qu'elles se sont ouvertes, les lésions se présentent sous l'aspect d'ulcérations irrégulières de forme, ayant un fond tomenteux, rempli de bourgeons inégaux, grisâtres et peu vivaces. Ces bourgeons sont même fongueux en certains points et laissent enfoncer un stylet, comme si les tissus étaient atteints assez profondément.

Ainsi, quand l'écoulement purulent a eu lieu, il reste une petite dépression limitée par un fond fongueux et nullement induré.

Le malade insiste sur ce fait qu'il y a plus de *dix ans* qu'il a ces boutons ; il en a peu à la fois, mais il en a toujours : l'un passe, un autre revient.

Ces boutons se montraient autrefois uniquement sur le tronc ; depuis un mois seulement, ils ont envahi les bras, le cou et la face.

Ainsi que nous l'avons déjà signalé, la tête est notablement dégarnie de cheveux en avant et sur le sommet. Cette *alopécie* n'est pas due à des cicatrices qui y sont étroites et peu nombreuses et semble plutôt relever de l'*arthritisme*.

Le malade est revenu, depuis le 1^{er} octobre, de ses 28 jours ; il a fait les grandes manœuvres ; il n'a pas eu à se plaindre de mauvaise nourriture ; il n'a pas eu à supporter de fatigues excessives. Bref, il n'y a pas de cause débilitante, ni irritante quelconque, qui puisse expliquer nettement l'exaspération récente de cette ancienne affection des *glandes folliculo-sébacées*.

État actuel. — Au moment de son entrée dans le service, le malade porte depuis les plis fessiers jusqu'à la nuque une quarantaine de boutons saillants, violacés, indolents, arrondis ou ovalaires du volume d'un pois à celui d'une aveline ; la périphérie est résistante, d'une consistance chondroïde, avec une certaine élasticité. Le centre est ramolli et présente une légère fluctuation. De plus, on voit à la partie centrale un certain nombre de points arrondis où la peau est jaunâtre, amincie de telle façon que la lésion ressemble à une plaque papuleuse enflammée ayant au centre une série de vésicules très voisines. Lorsque ces vésicules viennent à se perforer, il s'en écoule un liquide mêlé de sang et de grumeaux purulents. Dans d'autres points plus anciens, on voit toujours la même périphérie saillante, violacée, résistante, mais le centre est recouvert par une mince croûte jaunâtre dont les points les plus épais correspondent aux orifices des petites vésicules. Le nombre des vésicules fait seul différer ces boutons les uns des autres ; les petits étant formés de 1 ou 2 vésicules seulement, les plus gros de 8 à 10 ; ils en ont tous à des degrés divers de développement. Les plus anciennes s'affaissent et pâlissent graduellement, portant au centre autant de petites dépressions qu'il y a eu de vésico-pustules et ayant parfois à la périphérie une petite collerette épidermique. Cà et là on trouve un certain nombre de papules qui correspondent à des lésions plus anciennes. Enfin, tout semble disparaître sans laisser de traces ; il n'y a pas de cicatrices, ainsi que le fait remarquer le malade.

Les vésico-pustules du cou sont plus volumineuses, elles atteignent le volume de petites noix et présentent les mêmes caractères.

Rien dans la base n'est induré comme dans les affections anthracôides et furoncleuses.

Elles rappellent assez bien l'aspect des tumeurs du *mycosis fungoïde*.

Quelques boutons existent sur le cuir chevelu et dans la barbe ; deux même sont symétriques au niveau des angles des maxillaires et ne se font remarquer que parce que les vésicules, probablement devenues confluentes, s'ouvrent d'un même coup et contiennent une plus grande quantité de pus ; deux également au niveau des narines.

Un point sur lequel nous voulons insister est précisément cet écoulement de pus. En effet, rien de plus remarquable que ces folliculites agminées dont la moindre pression sur leur périphérie non empâtée fait suinter et jaillir des gouttelettes de pus, qui sortent comme de la poire d'un arrosoir.

Rien aux pieds ni aux mains ; les premiers boutons se montrent au 1/3 moyen de l'avant-bras.

État général satisfaisant, pas de diminution des forces ; pas d'amaigrissement, pas de troubles nerveux ; 65 à 70 pulsations. Pas de fièvre, pas de frissons, pas de sueurs.

Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Organes génitaux. — Le malade porte à la face postérieure et gauche du gland 7 ou 8 ulcérations cupuliformes, du volume d'une tête d'épingle, aussi profondes que larges, ayant déterminé une adénite inguinale et ressemblant, soit à des vésicules herpétiques, soit à de petits chancre simples. La suite de la maladie a montré qu'on avait, en effet, affaire ici à des chancres simples.

A part la calvitie et les adénites explicables par beaucoup de raisons, nous tenons à répéter qu'on ne trouve aucune trace de syphilis. Rien dans la gorge.

Il n'y a donc pas lieu de songer ici à une éruption due à une syphilis soit ancienne, soit récente ; cette éruption ne présente, d'ailleurs, pas non plus les caractères objectifs des lésions ulcéreuses, pustuleuses ou ecthymateuses, d'origine spécifique.

III

La marche de cette affection fut d'ailleurs rapide et bénigne. En effet, sans qu'aucun traitement interne ait été fait, le malade, soumis seulement aux bains sulfureux et aux scarifications répétées, put quitter le service pour le 1^{er} janvier.

Les plaies du cou et des épaules sont complètement cicatrisées ; celles de la face, beaucoup plus petites, ont laissé à peine des traces, et le malade retourne chez lui avec la peau beaucoup plus belle et plus nette qu'il ne l'a jamais eue.

Quelques boutons seulement ont dû être raclés à plusieurs reprises ; le plus grand nombre a cédé à la suite d'une seule scarification.

Nous avons revu le malade dans le courant du mois de mars ; la guérison s'était maintenue complète.

Tel est le cas que nous avons observé. Nous avons cru devoir le rap-

porter dans tous ses détails, à cause de la rareté du fait. C'est en effet le seul de ce genre que nous ayons vu depuis 18 mois que nous sommes à Saint-Louis.

En l'absence de notre maître, le professeur Fournier, nous montrâmes le malade à M. le Dr Ernest Besnier qui voulut bien l'examiner et porta le diagnostic de *périadénite folliculaire* ou de *périfolliculite* en nous assurant aussi de la grande rareté de cette affection.

Quelle était donc la *nature* de cette maladie de la peau ?

Nous avons dit qu'au premier coup d'œil, certaines des tumeurs du cou ressemblaient fort à celles du *mycosis fungoïde*, à la période d'état.

Mais la disposition des lésions, les caractères de celles de la face et du crâne, la longue durée de l'éruption, l'état général du malade ne permettaient pas de s'arrêter plus longtemps à ce diagnostic.

Nous avons déjà éliminé la *syphilis*, à cause de l'absence de tout antécédent, de tout phénomène concomitant et surtout parce que les lésions ne présentaient aucun des caractères des boutons ou des plaies d'origine spécifique.

De même, nous rejetons l'idée d'une *éruption furonculaire*, à cause de l'absence de fièvre et d'embarras gastrique, à cause de l'absence de rougeur, de douleur, et surtout de toute espèce d'induration inflammatoire à la base et d'empatement à la périphérie. De plus, c'était du pus et non un bourbillon qui sortait de ces boutons. La marche torpide, lente et longue des lésions, leur siège, leur généralisation militent encore contre cette opinion.

Voici, d'ailleurs le résumé d'une observation, prise au hasard, de *furonculose*. Il sera aisé de marquer les différences qui se rencontrent dans l'un et l'autre cas.

X. Journalier, exposé aux poussières, aux frottements; ne prenant jamais de bains. Fait tout ce qu'il faut pour enflammer la peau.

Il y a 15 jours, rien du tout.

Il y a 12 jours, début brusque, avec soif; appétit conservé.

2 taches rouges, suivies dès le 2^e jour, de nombreuses autres, à la région antéro-externe du mollet droit, rougeur vive, carminée, chaleur, douleur.

Dès le début de cette semaine, douleur augmentée, battements, tiraillements.

Hier, grande souffrance; jambe raide; mouvements très pénibles. Pas d'adénite.

Aujourd'hui, 20 *furoncles*, de volume différent, les uns avortés, les autres, bien développés, présentant une pustule purulente centrale entourée d'une large zone rouge. Exactement au centre, un point noir masquant l'orifice de la glande malade; le tout reposant sur une base indurée et dont la pression cause une douleur intolérable.

Enfin, l'on ne retrouve pas ici les caractères des *scrofulides*. La mul-

tiplicité des lésions, leur apparition incessante depuis de longues années, mais non leur persistance, leur mobilité et leur dissémination, la purulence, l'absence de croûtes, l'absence de toute autre manifestation strumeuse sont autant d'arguments contre le diagnostic de scrofulide.

L'horizon se rétrécit donc considérablement. L'on se trouve maintenant renfermé dans les affections des glandes pilo-sébacées, d'origine soit simple et inflammatoire, soit parasitaire.

Ces affections comprennent les *acné*, le *sycosis parasitaire* et les *folliculites* soit isolées, soit agminées.

L'*acné*, dit M. le Dr Lailler, est une affection des glandes sébacées, accompagnée de phénomènes complexes d'hypersécrétion, de congestion, d'inflammation, d'hypertrophie et d'atrophie, et caractérisée le plus ordinairement par une éruption de boutons isolés, enchâssés dans l'épaisseur de la peau, *suppurant incomplètement*, et accompagnés d'un *état gras de la peau* ; quelquefois, cet état existe sans boutons ni *pustules*.

Il est inutile d'insister davantage : autant de caractères, autant de différences avec ce que nous avons décrit chez notre malade. Ici, la purulence est abondante, elle siège dans le follicule pileux et c'est par l'orifice de la glande, autour du poil et au centre de la lésion, que se montre la gouttelette de pus.

Dans les cas où les lésions sont rassemblées en plaques, la pression fait suinter, par chacun des orifices une gouttelette purulente qui montre l'affection commune à ces diverses glandes, mais aussi la persistance de leur indépendance. Ce fait est fort remarquable ; nous avons déjà insisté sur lui dans l'observation en comparant cet écoulement de pus à celui de l'eau passant au travers d'une pomme d'arrosoir ; or, l'a-t-on jamais rencontré dans l'*acné* ?

Nous laisserons donc de côté l'affection des glandes sébacées et nous considérerons surtout celle des *follicules pileux* qui appartient, comme l'*acné* d'ailleurs, à la grande famille des *affections glandulaires de la peau*.

Admettrons-nous l'existence d'un *sycosis parasitaire* ? Nullement. L'existence de la lésion sur le cuir chevelu suffirait déjà pour éloigner cette idée ; il est vrai qu'elle était surtout développée sur le frontal et que les cheveux y étant très rares, le parasite eût pu se comporter sur la peau du crâne comme sur tout autre point du tégument cutané.

Mais, dans la barbe, les poils ne présentaient aucun engainement, et les lésions n'occupaient pas de préférence les régions velues puisqu'on les observait également auprès des narines, etc.

Quant aux nombreuses plaques du cou, des épaules et du tronc, si quelques-unes avaient une disposition ovalaire, la plupart étaient irrégulières, et aucune ne rappelait les contours festonnés de l'*herpès circiné*.

Enfin, dans aucun des cheveux ou des poils arrachés des points malades, le microscope ne fit découvrir les spores caractéristiques des *affections trichophytiques*.

Ainsi donc, la lésion n'a pas les caractères des affections des glandes sébacées. D'autre part, elle n'est pas de nature parasitaire. Enfin, elle se comporte comme une lésion qui siège dans les follicules pileux.

Or, depuis Celse, on désigne toute affection siégeant dans les parties recouvertes de poils sous la dénomination des *ycosis* (σύνκωσις, σύνκων, figue).

Force nous est donc de porter le diagnostic de *mentagre commune*, de *sycosis non parasitaire*.

Par cela même qu'il se développe plus souvent et plus fortement dans les régions velues, il montre qu'il se développe dans l'intérieur ou autour ou aux dépens des follicules pileux.

Par cela même qu'il se développe dans les follicules pileux, il peut se développer sur tout le corps et se généraliser, puisque l'anatomie nous apprend que les glandes folliculo-sébacées sont répandues sur toute la surface du corps, excepté dans certaines régions très limitées (paume des mains, plante des pieds).

Si cette affection n'existe pas dans ces derniers points, elle sera fréquente, pour des raisons contraires, à la face et sur le tronc. Et, en effet, dans le cas que nous rapportons, l'affection n'est pas limitée à la face ou aux régions occupées par la barbe.

Il y a donc lieu d'admettre ici l'existence d'un *sycosis non parasitaire à peu près généralisé*.

Mais ne vaudrait-il pas mieux réserver exclusivement la dénomination de *sycosis* aux affections parasitaires, et, pour éviter toute confusion, dire tout simplement que l'on a eu affaire ici à des *folliculites isolées et surtout agminées* et à des *périfolliculites* ? D'ailleurs, le professeur Hardy a déjà proposé de laisser le nom de *sycosis* aux seules formes parasitaires et de désigner la mentagre simple sous le nom d'*adénotrichie*. Quelle est l'étiologie de ces folliculites et sous quelle influence se sont-elles développées ? Nous n'avons pu découvrir pour fixer leur *étiologie*, aucune cause certaine, aucune irritation, aucun traumatisme. Quelques médecins n'auraient pas hésité à invoquer la scrofule ; pour nous, cette influence n'est rien moins que démontrée dans la production de ces « *abcès des poils* ».

Le fait important consiste dans leur existence réelle. Or, nous en trouvons une preuve indiscutable dans l'*examen microscopique* : notre excellent collègue et ami M. Suchard, répétiteur au Collège de France, a examiné une des tumeurs que nous avons enlevée et nous a remis la note suivante :

IV

Le morceau de peau enlevé est durci dans l'alcool à 36°. Les coupes sont colorées au picrocarminate d'ammoniaque en solution faible, conservées dans la glycérine.

Epiderme. — La couche cornée de l'épiderme est très mince, et ne présente que trois ou quatre couches de cellules au-dessus du stratum lucidum. Le stratum granulosum est très épais et riche en éléidine. En de certains points des coupes se trouvent des croûtes, au-dessous desquelles on voit, à la place du stratum lucidum, des cellules vésiculeuses soulevant une mince couche de cellules cornées en voie de desquamation. A ce niveau, le stratum granulosum est mince et ne secrète que peu d'éléidine. Sous quelques croûtes, le stratum granulosum et le stratum lucidum ont complètement disparu.

Les cellules du corps muqueux sont très notablement hypertrophiées, et leurs filaments d'union allongés et très visibles. Entre ces cellules, on distingue un grand nombre de cellules migratrices.

Produits épidermiques. — Sur les différentes coupes que nous avons étudiées, on peut suivre toutes les formes de transition du follicule pileux; depuis les follicules pileux largement ouverts à la surface et contenant quelquefois encore dans leur intérieur des restes de poil, jusqu'aux véritables globes épidermiques. Il est facile de s'assurer en observant de ces globes épidermiques qui possèdent à leur centre des poils plus ou moins atrophiés et s'accroissant dans les directions les plus diverses, que leur formation est due à une dégénération des follicules pileux. Du reste, on peut voir aboutir à la surface de l'épiderme des cavités contenant à leur intérieur un globe épidermique, et ayant la plus grande ressemblance avec les follicules pileux qui renferment un reste de poil.

Autour de ces poils, à des degrés divers d'atrophie ou de malformation, on ne reconnaît plus trace de la gaine interne de la racine, pas plus que de la membrane vitrée, ou des parois du follicule; ils ne sont entourés que d'une couche épithéliale plus ou moins longue (correspondant peut-être à la gaine interne de la racine) dans les cellules de laquelle l'apparition d'éléidine indique l'évolution épidermique ordinaire.

On ne distingue plus de muscle érecteur du poil.

Les glandes sébacées se trouvent encore représentées par une dépression qu'on remarque sur un côté du follicule dégénéré.

Les glandes sudoripares ne paraissent pas notablement altérées, on reconnaît les tours de spire du tube sécréteur dans le glomérule, et la membrane connective qui entoure le tube épithélial.

Derme. — Autour des follicules pileux, tout le derme est rempli par des cellules embryonnaires en nombre très considérable; les vaisseaux du derme sont fortement dilatés.

En somme, les lésions que nous venons de décrire représentent une inflammation de la peau aboutissant à l'atrophie plus ou moins complète des follicules pileux avec suppuration et à une desquamation peu étendue de certaines portions de l'épiderme malade. Cette inflammation des follicules pileux est connue sous le nom de sycosis simple non parasitaire.

Hebra ainsi que Kaposi et Neumann attribuent cette inflammation à la présence du poil de remplacement venant irriter le poil ancien.

Wertheim pense que l'irritation du follicule provient de ce que le diamètre du poil est trop gros relativement à celui d'un follicule (*in* Kaposi, trad. Besnier, II, 41, et *in* Neumann, édit., 1880, p. 263).

Nous ne croyons pas que ces causes puissent produire le sycosis simple, car on sait aujourd'hui que dans le même follicule pileux se trouvent normalement, toutes les fois qu'il y a une poussée nouvelle de poils, un poil à bulbe plein et un poil à bulbe creux remplaçant le poil à bulbe plein destiné à tomber. D'autre part, il est difficile d'admettre qu'une gaine aussi malléable que la gaine du poil s'enflamme par le simple passage d'un poil de gros calibre.

Cette affection est donc bien caractérisée d'une manière fondamentale par des *abcès des poils*, que ces abcès soient isolés ou rassemblés, peu importe d'ailleurs.

La lésion se passe en effet dans le tube pilifère et non dans la glande sébacée; c'est ce qui la différencie au point de vue anatomique, comme nous avons montré plus haut qu'elle se distinguait, au point de vue clinique, de l'*acné cohérente enflammée*, ou de l'*acné en plaques suppurées*.

Nous devons remarquer toutefois qu'ici un certain nombre de follicules sébacés, mêlés à des cicatrices nombreuses, étaient le siège d'hypersécrétion ou d'oblitération manifeste. La folliculite, au contraire, n'entraînait pas l'oblitération des tubes pilifères envahis.

Quant à l'*eczéma ou impétigo sycosiforme de Devergie*, au *sycosis arthritique* de Bazin, c'est-à-dire à l'*eczéma pileaire* (Hardy, Hebra, Besnier, Hoël), nous n'avons pas jugé à propos de les discuter ici; comme ils ne siègent que dans les points fortement velus, barbe, sourcils, aisselles, pubis, ils ne se rapportent pas à la question qui est celle-ci:

Sycosis non parasitaire ou plutôt folliculite simple et périfolliculite, ou mieux encore inflammation et suppuration des tubes pilifères; généralisation de l'affection au cuir chevelu, à la barbe, à la face, au thorax et aux membres supérieurs; immunité des cuisses et des jambes.

Le *sycosis non parasitaire* a été souvent signalé ailleurs qu'à la face, mais toujours dans des régions fortement pileuses; ici, les aisselles, le pubis sont restés indemnes.

Quant au *pronostic* de la *folliculite agminée*, il fut ici très favorable: après une durée fort longue et une ténacité excessive pendant plusieurs années, la maladie céda définitivement dans l'espace de quelques semaines.

Le *traitement* se composa, ainsi que nous l'avons dit, de *scarifications* répétées tous les huit jours, suivies d'un pansement occlusif, et de bains *sulfureux* (deux par semaine).

EXCISION D'UN CHANCRE SYPHILITIQUE A LA 48^e HEURE
DE SA DURÉE,

par CHARLES MAURIAC, médecin de l'Hôpital du Midi

Depuis que mon *Mémoire sur l'excision du chancre syphilitique* a été publié, j'ai eu l'occasion de pratiquer encore une fois cette opération dans des circonstances exceptionnellement favorables. L'intoxication n'a point été prévenue. Quant aux accidents consécutifs, ils ont été et ils sont encore d'une bénignité extrême, au troisième mois révolu de la maladie.

Voici ce cas :

M. X..., étudiant en médecine, âgé de 21 ans, vint me consulter le 31 mars 1881, pour deux petites érosions de la muqueuse préputiale, grosses comme une tête d'épingle. Il m'affirmait que c'était des chancres syphilitiques à l'état naissant, qu'ils n'avaient que quarante-huit heures de durée, et que leur âge était aussi rigoureusement établi que possible, puisqu'il surveillait de jour en jour, et à chaque instant, leur apparition. Il était convaincu, en effet, que la dernière femme avec laquelle il avait eu commerce, le lundi gras, 28 février, l'avait infecté. Au jour, le matin, il s'était aperçu, mais trop tard, qu'elle avait la peau couverte d'une roséole syphilitique, et qu'il existait sur les deux grandes lèvres une éruption confluyente de plaques muqueuses en pleine activité de sécrétion virulente. En outre, adénopathies spécifiques multiples dans les aines et dans la région cervicale postérieure.

Deux ou trois jours après ces dangereux rapports sexuels, une blennorrhagie aiguë se déclara. Enfin, au bout de 29 jours, c'est-à-dire le 29 mars, dans l'après-midi, se montrèrent les premiers vestiges de l'accident primitif dont la venue était surveillée avec une si inquiète attention.

Quand je vis le patient pour la première fois, le 31 mars vers 3 ou 4 heures du soir, les deux érosions ne présentaient aucun caractère précis : c'était deux taches lenticulaires d'un rouge foncé, très finement granulées et un peu humides, rondes, plutôt élevées que déprimées par rapport aux parties

voisines, indolentes, peu inflammatoires, sans aucun empatement périphérique et à peine plus consistantes à leur base que la muqueuse saine. Absence complète d'adénopathie récente et spécifique. Les ganglions étaient un peu plus volumineux qu'à l'état normal, mais ils avaient toujours été ainsi.

Si on avait eu confiance dans l'excision, c'était bien le cas de la pratiquer. Mais je l'avais vue si constamment échouer, même dans des conditions à peu près aussi avantageuses, que je n'osai la proposer qu'avec timidité ; et, loin de l'imposer au malade, je lui fis remarquer qu'il y avait peu de chance qu'elle prévint l'intoxication. Néanmoins, comme il penchait pour qu'elle fût faite, je la pratiquai séance tenante. La petite papule de droite fut facile à enlever. Celle de gauche reposait sur une grosse veine ; les ménagements qu'il aurait fallu prendre pour respecter ce vaisseau, me faisaient craindre de n'enlever qu'imparfaitement la lésion. Aussi, sans tenir compte de cette malencontreuse disposition, j'incisai largement et profondément les tissus.

L'écoulement sanguin fut un peu plus abondant que d'habitude, mais je m'en rendis maître très aisément avec de simples tampons de charpie imbibés d'eau froide.

Quatre jours après l'excision, pendant que le travail de cicatrisation paraissait s'accomplir avec régularité, il survint une balano-posthite et un phimosis. Je crois que la blennorrhagie, encore à l'état aigu, n'y fut pas étrangère. Quoi qu'il en soit, le gland resta couvert pendant 10 ou 12 jours, et quand le malade put ramener le prépuce en arrière, il constata que les deux plaies de l'excision étaient en grande partie cicatrisées et non indurées, mais qu'il s'était produit, en avant de celle du côté gauche, une large érosion un peu saillante, autour et au-dessous de laquelle il ne semblait pas exister de néoplasie spécifique.

Je ne pus pas constater la nature et le processus de cette lésion, parce que ce jeune homme était parti pour la campagne le lendemain de l'opération.

Les choses restèrent en cet état jusqu'au 1^{er} juin. Toutefois, les ganglions inguinaux se tuméfièrent un peu. Enfin, le 4^{or} juin (63^e jour depuis l'apparition des deux papules excisées), il poussa dans le sillon balano-préputial cinq ou six plaques d'induration, qui ne s'érodèrent point et ne donnèrent lieu à aucune sécrétion.

Le 8 juin (71^e jour des chancres), le malade vint me voir, et voici ce que je constatai : la cicatrice de l'excision faite à gauche au-dessus de la grosse veine préputiale est parfaitement souple et normale ; celle de droite présente un peu d'induration. L'érosion consécutive à la balano-posthite existe encore et elle repose sur une base légèrement parcheminée. Mais les lésions les plus spécifiques sont celles qui se sont produites depuis huit jours. Elles consistent en effet en un cercle d'induration typique, derrière la couronne, et en quatre ou cinq plaques les unes isolées, les autres réunies, qui occupent toute l'épaisseur de la muqueuse, sont nettement circonscrites et présentent au plus haut degré la consistance et l'élasticité du néoplasme primitif. Leur surface est lisse, à peine érodée et humide. Elles ressemblent aussi exactement que possible à des chancres syphilitiques cicatrisés depuis quelques jours. Dans les aines il existe une double adénopathie spécifique.

Malgré l'attention avec laquelle le malade explore toute la surface cutanée, il n'a pu y découvrir jusqu'à présent la moindre trace d'éruption ; mais, depuis huit jours, il éprouve des douleurs et de la gêne dans la gorge. En examinant l'isthme, je constate sur les deux piliers antérieurs la présence

de trois ou quatre plaques muqueuses opalines, sur l'origine et la nature desquelles il est impossible de se méprendre.

L'intoxication est donc un fait accompli.

L'excision des deux petites papules chancreuses, quoique faite à la 48^e heure de leur naissance, n'a pu prévenir les accidents consécutifs.

Il est à remarquer que la santé générale n'a éprouvé aucune atteinte et qu'il n'est survenu aucun de ces troubles constitutionnels qui précèdent ou accompagnent quelquefois les premières manifestations de l'empoisonnement général. On trouvera peut-être qu'il n'y a rien d'étonnant à cela, puisque ces manifestations se sont bornées jusqu'à présent à des indurations balano-préputiales et à quelques plaques muqueuses gutturales. J'ai vu cependant des cas dans lesquels il y avait un désaccord très frappant entre la bénignité des premières poussées et l'appareil menaçant des phénomènes fébriles et nerveux qui les annonçaient.

L'évolution de la syphilis primitive a été abandonnée à elle-même, et depuis l'excision rien n'est venu la contrarier. Dans les derniers quinze jours le malade a cru devoir prendre quelques pilules de protoiodure d'hydrargyre.

Outre le fait capital de l'insuccès dans cette nouvelle tentative pour empêcher, par l'excision très précoce de l'accident primitif, l'intoxication syphilitique, nous trouvons à noter quelques particularités intéressantes. Ainsi :

1^o Sur la muqueuse préputiale, une première plaque de néoplasie spécifique primitive s'est faite quelques jours après l'excision, mais en dehors de la sphère des papules excisées, si bien que l'une des cicatrices a toujours conservé sa souplesse et que l'autre ne s'est sclérosée que tardivement. Mais le phénomène le plus curieux dans cette région a été l'apparition, au 63^e jour du chancre, d'indurations nombreuses et étendues offrant avec les néoplasies primitives cicatrisées, une identité absolue, comme consistance et configuration ;

2^o Si l'excision n'a pas prévenu les accidents consécutifs, elle paraît les avoir retardés. Leur incubation a été en effet de 63 jours, tandis que dans la généralité des cas elle n'est que de 45. Non seulement elle a retardé l'apparition de ces accidents, mais elle les a circonscrits ; elles les a empêchés de se généraliser, d'envahir de larges surfaces, puisque jusqu'à présent ils n'ont attaqué que la gorge et la muqueuse balano-préputiale.

L'opération n'aura donc pas été tout à fait inutile. Mais est-ce ainsi que les choses doivent être interprétées ? Nous n'en sommes encore qu'aux premières phases de la maladie. Sait-on ce qu'elle deviendra ? Sait-on ce qu'elle aurait été sans l'excision des deux papules primitives ?

J'espère que j'aurai plusieurs fois l'occasion de revoir ce malade et s'il surgissait quelque événement digne d'intérêt, dans le processus ultérieur, je ne manquerais pas de le signaler pour compléter cette observation.

Le malade est revenu me voir le 30 juin (93^e jour depuis l'apparition du chancre).

Il n'a pris en tout qu'une quarantaine de pilules de protoiodure d'hydrargyre de 3 centigrammes, et a été obligé d'en suspendre l'emploi à cause d'une assez vive stomatite mercurielle. — Les indurations balano-préputiales si proéminentes et si dures ont fondu comme par enchantement en 5 ou 6 jours. Aujourd'hui il n'en reste que des traces imperceptibles. — Il n'y avait ni

une tache ni le plus petit bouton sur la peau. — Toujours quelques plaques sur les amygdales. — Santé générale, parfaite.

La syphilis se trouve donc réduite actuellement à une seule manifestation sur la gorge, la même qu'il y a 22 jours. — Il n'est pas survenu un seul phénomène nouveau spécifique, et celui qui était le plus accusé, je veux parler des indurations balano-préputiales, a disparu. La maladie est jusqu'à présent aussi atténuée qu'il est possible.

II

DES VERRUES SÉBORRHÉIQUES OU VERRUES PLATES DE LA VIEILLESSE.

(VERRUCE PLANE SENIORUM, SEBORRHEA NIGRA)

(PAPILLOMES SÉNILES MULTIPLES),

Par M. Barthélemy, chef de clinique de la Faculté.

Cl... (Henri), 60 ans, journaliste. Salle Saint-Louis, n° 4. — 28 avril 1881.

Bonne santé antérieure. Constitution vigoureuse. Pas d'antécédent : ni strume, ni rhumatisme, ni syphilis. Anévrisme de l'aorte.

Son travail est pénible. Il charge et décharge des voitures. Il est exposé aux poussières et aux frottements de lourds fardeaux.

Les soins de propreté ne lui étaient point habituels : il avoue que dans l'espace d'un an il prenait un ou deux bains à peine.

Au mois de février dernier, il sentit de vives démangeaisons sur le devant de la poitrine et dans le dos. Il raconte qu'avant cette époque il n'avait absolument rien sur le corps, ni dans le dos où il ne sentait aucune démangeaison, ni sur la poitrine où il n'avait aucun bouton. Le prurit augmentant, il se décida à se baigner. Mais les bains ne le soulagèrent pas. Il dit que les boutons, qui faisaient alors son tourment, étaient petits, *rougeâtres*, et, qu'à force de se gratter, il en faisait saigner quelques-uns. Bientôt des poussées nouvelles survinrent. Les boutons augmentèrent de nombre, en même temps que les anciens augmentaient de dimension. *En moins de trois semaines*, il eut, ainsi qu'on le voit à son entrée, la poitrine et le dos, c'est-à-dire la moitié supérieure du tronc, couverts de boutons présentant la coloration rosée des éruptions récentes et inflammatoires.

A partir de cette époque (fin mars), les boutons n'augmentèrent plus de nombre ; mais, au lieu de pâlir, comme toute éruption qui s'éteint, ils devinrent d'un gris sale, puis d'une coloration noirâtre.

Voyant que le temps n'améliorait pas sa situation, il vint à la consultation et fut reçu dans le service (28 avril).

On observe une éruption abondante de boutons noirs ou gris ou jaunâtres, du volume d'une lentille, d'un demi gros pois, ou même d'un haricot, ronds, mais d'une circularité imparfaite, serrés, mais nullement confluents. Ils occupent la partie supérieure de la poitrine et du dos où ils sont surtout nombreux, allant jusqu'à la naissance des épaules et descendant jusqu'à la ceinture.

Tous ces boutons sont étalés à la surface de la peau et y forment une saillie nette, perceptible, mais peu élevée, en forme de plateau; *ce sont des plaques aplaties, arrondies ou ovalaires.*

Leur consistance est assez grande, mais variable; sur certains points, sur le plus grand nombre et sur les moins larges, la saillie est dure, sèche, rugueuse, se laissant difficilement émietter.

Sur d'autres, au contraire, la croûte est moins consistante; elle résiste, mais à la façon de la cire desséchée qui se laisse encore entamer par l'ongle. Ces saillies sont comme recouvertes d'un enduit gras, visqueux, concret. Celles-ci sont aussi les plus saillantes; le centre, au lieu d'être plat ou déprimé en cratère est plutôt saillant à la façon d'une lentille ou d'une moitié de pois.

Aucune d'ailleurs ne présente une véritable croûte ou croûtelte, écailleuse ou furfuracée.

Si l'on vient à gratter énergiquement, la coque s'enlève en masse, d'un seul coup, et laisse au-dessous d'elle une surface saignante. Ce grattage est douloureux, même quand on ne le pousse pas jusqu'à l'écorchure.

Toutes ces élevures semblent bien réaliser à l'œil et au toucher l'aspect et les attributs des masses séborrhéiques concrètes et grisâtres que l'on a désignées sous le nom de *seborrhea nigra*. Au Musée de l'hôpital Saint-Louis on peut voir ce tigrage remarquable qui couvre de points gris ou noirs la poitrine et le dos.

Les applications répétées de savon mou de potasse firent bien disparaître la couche grisâtre à peu près complètement; mais elle était très mince, très superficielle et au-dessous d'elle, il fut facile de retrouver des papules plates rosées, granuleuses et il devint manifeste que c'était bien dans ces éléments que consistait véritablement l'affection et non pas en une hypersécrétion de matière sébacée qui se serait concrétée à la surface de la peau.

C'était, en réalité, de *petites productions papillomateuses* constituées surtout par les papilles de la peau hypertrophiées et disposées en groupes, *véritables verrues plates*, recouvertes, soit d'un enduit séborrhéique concret, soit d'une sorte de surtout épidermique, corné et grisâtre.

L'examen microscopique est venu confirmer de tous points cette donnée clinique.

Voici d'ailleurs la note que nous a remise M. le Dr Balzer qui a pu faire des coupes de la lésion, le malade nous ayant autorisé à pratiquer, pour la biopsie, l'excision d'une de ces nombreuses et petites tumeurs cutanées:

« 1° Produits du grattage examinés par dissociation dans une solution aqueuse de potasse à 10 0/0 :

« Pas ou très peu de grasse. Et ce résultat remarquable a été obtenu plusieurs fois, et après des examens attentifs et bien que les produits de grattage n'aient été nullement mis en contact avec l'éther.

« Cellules épidermiques cornées normales.

« Sporules rondes très petites.

« 2° Coupes d'une de ces lésions :

« Elles démontrent le diagnostic de verrues plates porté avant tout examen histologique, d'après les caractères objectifs.

« Le derme est sain. — Sur quelques coupes, traces d'irritation insignifiante, caractérisée par l'accumulation de noyaux dans le voisinage de quelques vaisseaux — *glandes normales*.

« Les papilles du derme sont très développées et très déformées, surtout au centre de la verrue. Elles sont à la fois allongées et élargies, très irrégulières dans leurs formes.

« En ces points, le corps muqueux s'épaissit très notablement. Mais ses éléments ne présentent pas d'altérations particulières. Il en est de même des cellules du stratum granulosum et du stratum lucidum. La couche cornée de l'épiderme est également épaissie, mais moins, relativement, que le corps muqueux.

« On retrouve, sur les coupes, les petites sporules déjà vues à l'examen après dissociation. »

En résumé l'absence de lésions glandulaires et l'absence de tout dépôt gras et séborrhéique doivent faire rejeter le diagnostic de *seborrhée*. L'hypertrophie et la déformation des papilles, l'épaississement du corps muqueux et de l'épiderme légitiment au contraire celui de *verrues plates*, porté par MM. Fournier et Besnier.

Elles se rencontrent sur les peaux dont la nutrition perd de son activité. Bien qu'on puisse les observer à partir de 40 ans, elles sont bien plus fréquentes à un âge plus avancé ; à la Salpêtrière notamment, elles sont excessivement communes, d'où leur qualificatif de *séniles*.

Le traitement consiste dans des bains répétés, des lavages savonneux énergiques et enfin dans le grattage à la pierre ponce.

REVUE GÉNÉRALE

I

REVUE GÉNÉRALE SUR L'ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE LA PEAU,

Par **ERNEST CHAMBARD.**

Ancien interne des hôpitaux, directeur du Laboratoire de la Faculté à l'Asile
Sainte-Anne.

PREMIÈRE PARTIE : ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE. — I. Cours de M. le professeur *Renaut*. Anatomie générale de la peau. Tissus d'origine ectodermique. — II. Leçons de *Kaposi* sur les maladies de la peau. — III. Poils et ongles : leurs organes producteurs, par M. *Arloing*.

PHYSIOLOGIE. — I. Mesure de l'excitabilité électrique de la peau : Recherches de MM. *Munck*, *Leyden*, *Bernhardt*, *Drosdoff*, *Tschiriew* et de *Watteville*. — II. Phénomènes inhibitoires d'origine cutanée ; recherches de M. *Brown-Séguard*. — III. Action œsthésiogénique des vibrations mécaniques communiquées à la peau. MM. *Mortimer Granville*, *Vigouroux*, *Boudet de Paris*. — IV. Dermatophonie. Recherches de MM. *Hueter*, *Guttman*, *Fränkel*, *Lewinski*, *Boudet de Paris*.

Renaut. — Cours d'anatomie générale à la Faculté de médecine de Lyon. Tissus d'origine ectodermique : Peau. — *Moritz Kaposi*. Leçons sur les maladies de la peau traduites et annotées, par MM. *E. Besnier* et *A. Doyon*, 1881. — *Arloing*. Poils et ongles : leurs organes producteurs. Thèse d'agrégation, Paris, 1880. — *Drosdoff*. Untersuchungen über die Electricische Reizbarkeit der Haut bei gesunden und kranken (Recherches sur l'excitabilité de la peau chez les sujets sains et malades). (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Bd IX, Heft 2, 1879. — *Bernhardt*. Die Drosdoff'schen Untersuchungen über die electricische Reizbarkeit der Haut bei gesunden (Les recherches de Drosdoff sur l'excitabilité de la peau, chez les sujets sains). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Bd IX, Heft 2, 1879. — *Tschiriew* et de *Watteville*. On the electrical excitability of the skin (Sur l'excitabilité électrique de la peau, *Brain*. Juillet 1879. — *Duchenne*, de Boulogne. De l'électrisation localisée, etc., 1872. — *Brown-Séguard*. Effets inhibitoires de l'application du chloroforme et du chloral sur la peau et les muqueuses. Communication à la Société de biologie, séance du 8 janvier 1884. — *Hueter*. Versuche zur Begründung einer Auscultation für chirurgisch. diagnostische

zwecke (Recherches pour servir de base à une auscultation utile au diagnostic chirurgical). *Centrablatt für die medic. Wissensch.*, n° 51, 52, 1878. — *Guttmann*. Über hoerbare Geräusche des Blutstroms in den kleineren Gefässen und Capillaren (Sur les bruits produits par le passage du sang dans les petits vaisseaux). *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 10, p. 103, n° 20, p. 294, 1879. — *Hueter*. Zur Dermatophonie. *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 31, p. 461, n° 32, p. 481, 1879. — *Lewinski*. Über Dermatophonie. *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 47, p. 697, 1879. — *Feinberg*. Experimentellen über Dermatophonie. *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 12, p. 162, 1880. — *Boudet de Paris*. Des applications du téléphone et du microphone à la physiologie et à la clinique, 1880. — *Brown-Séguard*. *Comptes rendus de la Société de biologie*, séance du 8 novembre 1880 et du 27 janvier 1881. — *Boudet de Paris*. Traitement de la douleur par les vibrations mécaniques. *Progrès médical*, n° 6, 1881.

I. — ANATOMIE DE LA PEAU.

I. Les *Annales de dermatologie* ont continué, en 1880, la publication des leçons que M. le professeur *Renaut* a consacrées à l'étude de la peau, envisagée au point de vue de l'anatomie générale. Une analyse minutieuse de cette partie de l'enseignement de notre distingué collaborateur serait inutile pour les lecteurs des *Annales*, qui ont toute facilité pour se reporter au texte lui-même. Digne élève du professeur *Ranvier*, dont il suit les méthodes de recherche et d'exposition, M. *Renaut* décrit dans ses leçons, avec une clarté et une élégance de style vraiment rares, la structure et le développement des dents, les terminaisons des nerfs sensitifs dans les téguments et les « agents de contractilité qui entrent dans la composition du tégument cutané ». Le texte est accompagné de nombreuses figures qui ne sont plus ces schémas grossiers qui défigureraient, jusqu'à ces dernières années, les publications relatives à l'histologie, mais bien la reproduction exacte des préparations du professeur dont l'habileté est bien connue de tous ceux qui ont eu l'honneur de travailler à ses côtés.

II. Le second et le troisième chapitre des *Leçons de Kaposi* sur les maladies de la peau, dont MM. *E. Besnier* et *A. Doyon* viennent de publier une traduction précédée d'une introduction dans laquelle se trouve l'avenir de l'école dermatologique française, sont consacrés à une étude assez complète de la structure et des fonctions de la peau. Cependant, pour le lecteur français du moins, le plus grand intérêt de ces chapitres réside dans les notes nombreuses et détaillées qui les accompagnent et qui résument, d'une façon concise, mais claire et complète, l'enseignement des professeurs *Ranvier* et *Renaut* sur l'histologie et la physiologie des téguments. Parmi les notes les plus importantes, nous citerons celles qui sont relatives aux cellules adipeuses, au réseau de Malpighi, au pro-

cessus de kératinisation de l'épiderme, à la circulation sanguine et lymphatique du derme, aux terminaisons nerveuses, aux glandes sébacées et sudoripares, aux poils, aux ongles, à l'absorption cutanée, etc. Nous nous bornons à signaler ces importantes additions au livre, très remarquable d'ailleurs, de *Kaposi*, pour ne pas faire double emploi avec la partie anatomique de la *Revue générale* que nous avons publiée l'année dernière dans ce recueil.

III. La thèse que *M. Arloing* a soutenue, en 1880, pour l'agrégation, devant la Faculté de médecine de Paris, avait pour sujet : « l'Étude des poils et des ongles », et nous voyons encore, dans cet intéressant et consciencieux travail, se manifester l'influence que la jeune école histologique française a si justement conquis.

L'intérêt de la thèse de *M. Arloing* réside surtout dans l'étude du développement de l'ongle, et dans le parallèle qu'il établit entre l'ongle de l'homme et celui des animaux. Le résumé de l'histologie normale de la peau que nous avons donné, d'après l'enseignement de *M. Ranvier*, dans la première partie de notre précédente revue, et surtout les leçons de *M. Renaut* que publient les *Annales de Dermatologie*, nous dispensent d'analyser plus complètement ce travail.

II. — PHYSIOLOGIE DE LA PEAU.

I. — Quelques observateurs ont entrepris, dans ces dernières années, de mesurer, à l'état normal, l'excitabilité électrique de la peau ou, ce qui revient au même, la valeur du courant électrique minimum capable d'y déterminer une sensation. Nous croyons devoir dire un mot de ces recherches, qui font partie d'un ordre d'investigations très en faveur aujourd'hui, et qui pourront avoir une grande importance lorsque la physiologie et la pathologie de l'innervation cutanée seront mieux connues.

Il y a longtemps déjà, *Duchenne* (de Boulogne) avait réussi à localiser à la peau l'action des courants faradiques et avait érigé la faradisation cutanée en méthode thérapeutique. Ce clinicien éminent avait reconnu que le degré de l'excitabilité électrique varie considérablement, selon la richesse nerveuse des régions explorées. « La peau de la face, dit-il, doit à la cinquième paire son exquise sensibilité ; aussi son excitabilité est-elle telle, que le courant faradique le plus faible y produit une vive sensation, alors que ce courant exerce une action à peine appréciable sur les autres parties du corps. La peau de la face est beaucoup plus sensible à l'action électrique dans les points les plus voisins de la ligne médiane ; ainsi son excitabilité est plus grande sur les paupières, le nez et le menton que sur les joues. Au front, la sensibilité électro-

cutanée est moins grande qu'à la face et diminue d'autant plus qu'on se rapproche davantage du cuir chevelu : elle est comparativement peu développée, dans ce dernier point, où il faut un courant assez intense pour l'exciter. L'excitabilité électro-cutanée est notablement plus grande sur le cou, sur le tronc que sur les membres ; dans les régions cervicale et lombaire que sur les autres parties du tronc ; sur les faces interne et antérieure des membres que sur les faces externe et postérieure. La paume de la main jouit de très peu d'excitabilité, il en est de même de la face plantaire du pied, excepté dans sa partie moyenne et interne ; chez les individus dont les mains sont souvent exposées à l'air et à l'humidité, la sensibilité de la peau est tellement émoussée, qu'il faut recourir à des procédés particuliers et à un courant très fort pour l'exciter. »

Nous avons tenu à citer cet intéressant passage pour le mettre en regard des résultats entièrement différents qu'ont obtenus plusieurs expérimentateurs qui ont étudié récemment l'excitabilité électrique de la peau avec des méthodes plus rigoureuses et une connaissance plus complète des lois de l'électricité. Clinicien de premier ordre, *Duchenne* n'était pas physicien et, l'eût-il été, des méthodes et des appareils convenables lui eussent fait défaut au moment où il se livrait aux recherches dont on vient de lire le résumé.

Toutes choses égales d'ailleurs, c'est-à-dire en opérant sur le même sujet, placé dans des conditions physiques et physiologiques identiques, la mesure du courant juste suffisant pour produire l'excitation sensitive d'une région donnée, est subordonnée à la connaissance de l'intensité du courant employé et de la résistance que lui oppose la région cutanée sur laquelle porte l'excitation.

Le dispositif employé par *Munck* et *Leyden* était d'une grande simplicité : un compas à pointes métalliques, une sorte de compas de *Weber*, dont l'écartement était constant pour chaque expérience, était en rapport avec la bobine induite d'un appareil à chariot de *Dubois-Raymond*. La sensibilité électrique de la peau s'évaluait d'après la distance qui séparait les deux bobines graduellement rapprochées l'une de l'autre, au moment où la sensation spéciale due à la faradisation cutanée commençait à être perçue par le sujet en expérience. Toute personne ayant quelques notions de physique, et tant soit peu habituée au maniement des appareils électriques, reconnaîtra l'infidélité de ce procédé : si l'écartement des bobines est susceptible d'une mesure très précise, cette mesure est rendue illusoire par l'inconstance de la source électrique employée, quelle qu'elle soit, et surtout par l'extrême imperfection des interrupteurs électriques, dont les meilleurs sont loin de mériter le titre d'instruments de précision. Ces recherches pourraient, toutefois, être reprises avec avantage en

excitant les appareils d'induction par les condensateurs jaugés connus sous le nom de micro-farads.

Plus tard, *Bernhardt* tenta d'évaluer galvanométriquement le courant minimum, et *Drosdoff* employa, en 1875, un procédé mixte où l'on retrouve la trace de ceux de *Munk* et de *Bernhardt*. Il admet que l'excitabilité cutanée présente, selon les régions explorées, des différences considérables et conclut de ses recherches que ces variations dépendent, non des différences de résistance de l'épiderme, mais bien des différences d'excitabilité des nerfs cutanés.

La même année, MM. *Tschiriew* et de *Watteville* publièrent, dans le *Brain*, un mémoire à la fois critique et original, sur le même sujet, et leurs recherches aboutirent à un résultat tout à fait inattendu et complètement en désaccord avec les résultats « apparents » obtenus par *Duchenne* et les autres observateurs.

MM. *Tschiriew* et de *Watteville* exposent d'abord les conditions du problème qu'ils se sont proposés de résoudre : elles consistent dans l'évaluation galvanométrique du courant suffisant pour produire l'excitation minimum des régions cutanées explorées; ils se livrent ensuite à une critique très approfondie des procédés de *Munk* et *Leyden*, *Bernhardt* et *Drosdoff*, et terminent leur travail par l'exposition de la méthode qu'ils ont adoptée et les résultats qu'ils en ont obtenus.

Leur méthode consiste dans l'emploi de la bobine à chariot de Dubois-Raymond, animée par un courant inducteur aussi constant que possible. L'influence des variations d'intensité du courant induit et des différences de résistance opposée par les diverses régions cutanées sur lesquelles porte l'exploration est en grande partie annihilée par l'emploi d'une bobine induite extrêmement résistante et de résistances accessoires introduites dans le circuit. Les causes d'erreur qui résultent de la proportion variable des fibres nerveuses excitées sur une surface de peau déterminée, sont également supprimées par la précaution que prennent les auteurs d'exciter les téguments dans un nombre constant de points disposés sur une surface constante. Ils se servent, à cet effet, d'un électrode spécial constitué par une brosse métallique de 75 millimètres de diamètre, dont les fils sont isolés les uns des autres par de la cire à cacheter. L'autre électrode, large, plat et recouvert de peau humide, est maintenu à demeure sur le dos du sujet.

Grâce à ces dispositions, MM. *Tschiriew* et *Watteville* ont pu mesurer avec exactitude la limite d'excitabilité sensitive de la peau, ou plutôt des nerfs de la peau, et sont arrivés à ce résultat paradoxal, en apparence, et tout à fait nouveau, que l'excitabilité de ces nerfs est la même sur tous les points de la surface cutanée.

Ces intéressantes recherches ont déjà trouvé quelques applications cliniques. *Drosdoff* avait déjà étudié l'excitabilité de la peau chez les ataxiques et l'avait trouvée diminuée. MM. *Tschiriew* et *Watteville* se sont livrés aux mêmes recherches sur un malade atteint de paralysie bulbaire avec sclérose latérale.

II. — Sous l'influence des recherches de M. le professeur *Brown-Séquard*, les phénomènes d'arrêt tendent depuis quelques années à prendre une place de plus en plus grande en physiologie et, par conséquent, en pathologie. — Cet éminent physiologiste a récemment présenté à la Société de biologie le résultat de ses recherches sur les effets inhibitoires de l'application du chloral anhydre sur les muqueuses.

Le chloral anhydre diffère, on le sait, de l'hydrate de chloral, seul employé en thérapeutique : c'est un liquide incolore, très fluide, huileux et extrêmement hygrométrique ; aussi produit-il, lorsqu'on l'applique sur la peau ou les muqueuses, comme le ferait l'acide sulfurique, une brûlure avec élévation locale de la température. Chez les cobayes qui ont servi aux expériences de M. *Brown-Séquard*, le chloral, appliqué sur l'un des côtés du corps, a déterminé du côté correspondant une augmentation de degré et de durée de l'excitabilité nerveuse et musculaire, et du côté opposé une diminution de cette excitabilité portant surtout sur le nerf phrénique et sur le diaphragme. La température centrale s'abaisse, la respiration se suspend, l'animal tombe dans la résolution et meurt. A l'autopsie, on trouve une congestion intense de tous les viscères, de la base de l'encéphale et du bulbe. Le sang renferme du chloral et l'urine du sucre. Cette glycosurie reconnaît probablement pour cause la congestion bulbaire. La quantité du chloral anhydre nécessaire pour amener la mort chez l'animal de 1 à 2 kilogrammes est d'environ 1 centimètre cube : la chloroforme, appliqué sur la peau, agit de la même façon, mais à des doses beaucoup plus élevées.

La communication de M. *Brown-Séquard* est suivie d'une discussion sur la cause des phénomènes inhibitoires produits par l'action du chloral sur la peau. D'après M. *Laborde*, toute substance irritante, l'aconitine, par exemple, produit des actions d'arrêt, mais les phénomènes généraux varient beaucoup, selon que les substances sont absorbables ou non ; M. *Rabuteau* invoque surtout l'absorption cutanée et propose d'employer, dans ces expériences, le bromal, qui est plus irritant et se dédouble moins vite lorsqu'il est passé dans le torrent circulatoire.

III. — C'est également aux actions inhibitoires que M. *Boudet de Paris* rattache l'anesthésie partielle qui succède à l'irritation de la peau par l'acupuncture, l'électropuncture, les injections sous-cutanées d'eau pure, les applications métalliques érigées en système thérapeutique par les

patients efforts de *Burcq*, la faradisation cutanée, les vésicatoires, les topiques anesthésiques, etc. A cette liste, déjà longue, M. *Vigouroux* a ajouté, en 1878, le diapason, dont les vibrations transmises à la peau ont, dit-il, absolument la même action que les métaux, l'aimant et l'électricité statique.

L'action œsthésiogénique du diapason est d'autant plus remarquable qu'elle est purement mécanique : il est impossible, en effet, d'invoquer ici l'absorption cutanée comme lorsqu'on emploie les anesthésiques ou l'influence spéciale de courants électriques ou magnétiques comme lorsque l'on recourt à la galvanisation, à la faradisation, à l'électricité statique ou à des armatures aimantées : ce sont bien les vibrations mécaniques, ce sont bien des séries de chocs se répétant de 300 à 500 ou 600 fois par seconde, qui déterminent l'anesthésie et l'analgésie locale que de nombreuses expériences ont mises hors de doute et qui ont déjà trouvé quelques explications thérapeutiques.

Le traitement de la douleur par les irritations cutanées purement mécaniques et fréquemment répétées avait d'ailleurs été tenté, antérieurement aux expériences de MM. *Vigouroux* et *Boudet de Paris*, par *Mortimer Granville*, qui avait imaginé dans ce but un instrument spécial que nous avons eu entre les mains, et auquel il donnait le nom de Percuteur. Cet instrument consistait en un marteau recouvert de caoutchouc qui, mû par un rouage d'horlogerie, venait frapper la région douloureuse de 20 à 60 fois par seconde. Employé à Londres, dans les services de *Renger* et *Gowers*, et à Paris, dans celui de M. le professeur *Ball*, le percuteur de *Mortimer Granville* a donné des résultats analogues à ceux que l'on demande aujourd'hui au diapason qui, au point de vue pratique, lui est supérieur à quelques égards.

IV. — *Hueter*, professeur à Greifswald, étudiant en 1878, au moyen du microphone et d'un stéthoscope à membrane analogue au stéthoscope de *Voltolini* qu'il appelle dermatophone, le bruit rotatoire que *Collongue* a découvert, et dont M. *Brown-Séguard* a reconnu l'origine musculaire, fut conduit à l'attribuer, en partie du moins, au passage du sang dans les petits vaisseaux et dans les capillaires de la peau.

L'auteur donne à l'appui de sa théorie les arguments suivants :

1° Les bruits d'origine cutanée perçus au moyen de dermatophone sont d'autant plus prononcés que les régions auscultées sont plus vasculaires, ils sont surtout intenses aux extrémités des doigts et leur tonalité varie selon les points examinés.

2° Ils augmentent dans les parties enflammées et lorsque la circulation est très active; ils disparaissent au niveau des cicatrices, dans les cas de stase sanguine déterminée par une ligature ou par le froid.

3° Ils peuvent être reproduits sur le cadavre par une injection d'eau poussée dans les artères.

4° Ils se distinguent enfin des bruits d'origine musculaire par leur renforcement systolique, leur timbre spécial, leur existence dans l'intervalle des contractions et leur persistance dans les membres paralysés.

Les assertions de *Hueter* ont rencontré de nombreux contradicteurs; admises, sauf quelques réserves, par *Gutmann*, elles sont repoussées par *Frankel*, qui attribue les bruits du dermatophone au choc de l'onde sanguine du membre exploré; par *Lewinski*, qui les attribue au tremblement des doigts de l'observateur communiqué par eux à l'instrument et par *Feinberg* qui invoque la réaction élastique des tissus animés ou non sur lesquels repose le dermatophone. *Hering* aurait constaté, contrairement à *Hueter*, que l'anémie artificielle est sans influence sur les bruits perçus au niveau de la peau et nie leur origine circulatoire. Une expérience fort élégante, citée par *M. Boudet de Paris*, semble lui donner raison: L'avant-bras et la main étant placés sur une table dans le relâchement musculaire le plus complet, le pouce est soutenu légèrement élevé par un petit coussinet; le dermatophone est approché de l'extrémité du pouce de manière à le toucher légèrement, on ne perçoit aucun bruit. Vient-on à enlever le coussinet, le pouce, pour conserver la même position, est obligé de mettre en jeu l'activité musculaire et l'on entend alors le bruit de roulement, qui disparaît encore dès que l'on remet le coussinet.

Malgré ces contradictions, les assertions de *Hueter* semblent reposer sur des arguments dignes d'être pris en considération. Quiconque s'est livré aux recherches de ce genre sait quelle en est la difficulté. Théoriquement, les bruits vasculaires intradermiques de *Hueter* existent, car il doit se produire dans les petits vaisseaux, toutes proportions gardées, les mêmes souffles que dans les gros, mais sont-ils assez intenses pour être perçus par le dermatophone et sont-ils assez spéciaux pour être distingués des bruits musculaires qui les accompagnent? Telles sont les questions qui restent à résoudre et sur lesquelles il est impossible de se faire une opinion sans répéter soi-même les expériences du professeur de *Greifswald* et celles de ses contradicteurs.

II

DE LA FILAIRE DU SANG ET DE SES RAPPORTS AVEC L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES ET QUELQUES AUTRES MALADIES DES PAYS CHAUDS.

REVUE GÉNÉRALE

par le Dr **H. BARTH**, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux.

Il est intéressant d'observer comment, dans le temps même où la science s'attache avec ardeur à rechercher dans le monde des organismes microscopiques les causes de diverses maladies infectieuses, une série de découvertes semble autoriser les esprits hardis à rattacher également à la présence de parasites vivants un bon nombre d'affections dont les causes étaient toujours restées obscures, mais auxquelles on était bien loin d'attribuer une pareille origine.

C'est ainsi qu'une suite de travaux fort importants, dus presque tous aux médecins anglais, et poursuivis simultanément dans plusieurs contrées du globe, ont permis de reconnaître des relations étroites entre un parasite du sang et de la lymphe, la *filaria sanguinis* et certaines affections cutanées, endémiques dans les pays chauds : l'éléphantiasis des Arabes, le lymphoscrotum, le crawl-crawl, etc. Ces travaux sont jusqu'à présent fort peu connus en France, ou du moins ils n'ont guère attiré l'attention ; soit défiance pour des faits venant de si loin, soit indifférence pour des assertions dont le contrôle immédiat n'est pas possible, notre pays s'est à peu près désintéressé de la question. Seul un journal de médecine (les *Archives de médecine navale*, dirigées par l'honorable M. Leroy de Méricourt) en a suivi les différentes phases et en a exposé les progrès successifs ; la plupart des autres publications périodiques sont restées muettes ou à peu près. Cependant les documents recueillis sont dès à présent assez complets, assez précis, pour former un corps de doctrine considérable, et le chapitre nouveau dont ils ont doté l'helminthologie paraît destiné à prendre une très grande importance. La théorie parasitaire de l'éléphantiasis, de la chylurie tropicale et des affections connexes a trouvé grande faveur en Angleterre, et des hommes d'une valeur scientifique incontestée, tels que Spencer Cobbold, Sir Joseph Fayrer et plusieurs autres, lui ont prêté l'appui de leur autorité.

Nous croyons donc utile d'exposer ici les éléments principaux de cette question intéressante, d'analyser les travaux qui lui servent de base et de discuter les objections qui peuvent lui être opposées. Pour le faire d'une façon intelligible, nous n'avons qu'un seul moyen : c'est de suivre l'ordre chronologique et de relater brièvement les découvertes qui se sont succédées

depuis dix ans; nous donnerons ensuite un aperçu de l'histoire naturelle de la *filaria sanguinis*, telle qu'elle résulte de l'ensemble des faits connus et enfin nous aborderons la question très controversée de ses relations pathologiques, en nous réservant d'insister surtout sur les points qui ont un rapport direct avec la pathologie cutanée.

I

Le 4 août 1866, Wucherer (1), naturaliste allemand établi au Brésil, examinant au microscope les urines d'un individu atteint de chylurie tropicale, y découvrit les embryons d'un entozoaire particulier et nouveau dans la science; c'étaient de très petits vers, arrondis, très vivaces, ne présentant aucun indice de tube digestif ni d'organes sexuels.

Wucherer ne parut pas attacher une grande importance à cette découverte; il ne la publia que deux ans après et ne fit aucun effort pour interpréter la signification de ce nouveau parasite.

En 1868, Lewis (2), de Calcutta, sans avoir connaissance du travail de Wucherer, découvrit également dans une urine chyleuse de petits vers minces, allongés, très actifs; il remarqua que ces animalcules, dépourvus de bouche et d'anus, étaient entièrement enveloppés d'une sorte de gaine transparente, sans ouverture, dans laquelle ils s'allongeaient et se pelotonnaient alternativement.

Vers la même époque, Salisbury (3) en Amérique trouva dans les urines de trois malades les œufs et les embryons d'un ver nématode qu'il crut devoir nommer *trichina cystica* et qui offrait de grandes analogies avec le parasite de Wucherer.

Dès l'année suivante, en 1870, le même embryon fut retrouvé, toujours dans les urines chyleuses, par Crevaux (4) à la Guadeloupe et par Spencer Cobbold (5) à Port-Natal; jusqu'alors, l'urine semblait être l'unique habitat du parasite.

Mais en juillet 1872, Lewis (6), pendant qu'il examinait au microscope le sang d'un individu atteint de diarrhée, rencontra sur une même plaque neuf embryons en tout semblables à ceux qu'il avait vus deux ans auparavant; ces vers microscopiques, très actifs, animés de mouvements vigoureux, semblaient vivre dans le sang comme dans leur élément naturel.

Lewis n'hésita donc pas à en faire un véritable hématozoaire et lui imposa le nom de *filaria sanguinis hominis*.

Bientôt, poursuivant ses recherches, il put constater que l'entozoaire en question était loin d'être rare. Chose remarquable, parmi les nombreux malades chez lesquels il put le découvrir, presque tous étaient atteints soit de chylurie, soit d'éléphantiasis ou de varices lymphatiques du scrotum; l'embryon pouvait être observé tantôt dans le sang, tantôt dans l'urine, parfois

(1) Wucherer, *Gazeta medica da Bahia*, 13 décembre 1868.

(2) Lewis, *Annual Reports of the sanitary commission for India*, 1869.

(3) Salisbury, *Hay's american Journal*, t. 1, 1868.

(4) Crevaux, Hématurie chyleuse et graisseuse des pays chauds (*Arch. de méd. navale*, t. XXII, 1874).

(5) Sp. Cobbold, On the development of *Bilharzia haematobia* (*British medical Journal*, 1872).

(6) Lewis, On the pathological significance of nematode haematobia (*Annual Reports of the sanitary commission for India*, 1874).

dans le liquide exsudé par les tissus malades. Aussi Lewis, quand il publia ces résultats, n'hésita point à annoncer que la chylurie tropicale et l'éléphantiasis étaient associés à la présence d'un hématozoaire microscopique. Avec une intuition remarquable, il ajoutait que ces affections doivent être le résultat d'une gêne mécanique apportée à la circulation dans les capillaires sanguins et lymphatiques.

Cette théorie n'était qu'une hypothèse brillante, mais bientôt un autre observateur, à l'esprit ingénieux autant que hardi, la reprit pour son propre compte et la fit sienne par les développements qu'il lui donna et par les solides arguments dont il sut l'appuyer. Manson (1), médecin de la douane chinoise d'Auoy, s'étant mis à chercher la *filaria sanguinis*, la rencontra chez un grand nombre de malades, parmi lesquels plusieurs étaient précisément affectés ou de chylurie ou d'éléphantiasis, ou de diverses maladies offrant avec celles-là des rapports plus ou moins directs. Par une critique très serrée des faits, il établit que ces maladies si peu semblables en apparence : chylurie tropicale, éléphantiasis des Arabes, scrotum lymphatique, hydrocèle chyleuse, etc., étaient des affections connexes, offrant entre elles des liens étroits et probablement sous la dépendance d'un même facteur étiologique. Puis, se basant sur les faits observés chez le chien, dont un parasite spécial, la *filaria immitis*, offre une grande analogie avec celle de l'homme, il avança que cette cause commune devait être la présence dans les lymphatiques de la filaire adulte, qui jusqu'alors avait échappé à toutes les recherches. Par sa présence et par l'inflammation qu'il détermine, ce ver devait, suivant Manson, produire l'oblitération des troncs lymphatiques, peut-être même du canal thoracique; il en résulte un arrêt du cours de la lymphe, avec dilatation du réseau afférent et rupture des radicules, d'où la chylurie ou la lymphorrhagie cutanée, selon le siège de l'obstruction; l'éléphantiasis vrai serait le résultat d'une stase chronique de la lymphe, avec organisation imparfaite du fluide épanché. Il expliquait par ces phénomènes d'oblitération lymphatique partielle les alternances de chylurie et d'éléphantiasis lymphorrhagique maintes fois observées chez les malades; il expliquait aussi de la même manière l'endémicité de la maladie dans les pays habités par la filaire, et son introduction relativement récente dans certains pays tels que les Barbades où elle était inconnue au siècle dernier.

Le mémoire de Manson était à peine publié que déjà les faits semblaient lui donner raison et que de nouvelles découvertes en venaient démontrer, du moins partiellement, l'exactitude.

C'est à Bancroft (2), médecin australien, qu'échut l'honneur de faire connaître l'état adulte de la *filaria sanguinis*. Le premier spécimen fut trouvé par lui au mois d'avril 1877, dans un abcès lymphatique du bras, et bientôt après une hydrocèle du cordon spermatique lui en fournit quatre autres. C'était un ver de la grosseur d'un cheveu humain, long de 8 à 10 centimètres et pourvu d'organes sexuels complets. Il adressa le fruit de sa découverte au célèbre helminthologiste anglais Cobbold qui se chargea d'étudier le nouvel entozoaire et d'en décrire avec précision les caractères anatomiques.

Peu de temps après, le 7 août 1877, Lewis (3) faisait faire un nouveau pas

(1) Patrick Manson (d'Amoy). Observations on lymph-scrotum and allied diseases (*Shanghai's Custom's Gazette et med. Times and Gaz.*, nov. 1875.)

(2) Sp. Cobbold. Discovery of the adult representative of microscopic filaria (*The Lancet*, 14 juillet 1877).

(3) Lewis, Mature form of the *filaria sanguinis* (*The Lancet*, 29 septembre 1877).

à la question en démontrant la présence de la filaire adulte dans un cas d'éléphantiasis variqueux du scrotum; il s'agissait d'un jeune Bengalais, affecté de cette forme spéciale d'hypertrophie du scrotum que Fayrer a désignée du nom d'éléphantiasis naevioide : le tissu cutané offrait la consistance molle et spongieuse ordinaire en pareil cas; on y voyait quelques élevures bulleuses; mais il n'y avait ni lymphorrhagie, ni chylurie antérieure. On se mit en devoir d'extirper la tumeur et dès la première incision on vit s'écouler en abondance un liquide séro-lactescent, jaunâtre, facilement coagulable et dans lequel le microscope révéla de nombreux embryons de filaire; dans toute l'épaisseur des tissus malades, dans les varices lymphatiques de ce tissu et dans le liquide d'une hydrocèle qui occupait le cordon spermatique, on rencontra également force embryons, mais dans toutes ces parties il fut impossible de découvrir le ver adulte. On allait y renoncer, quand l'attention fut attirée par de longs filaments blanchâtres, pelotonnés dans un caillot sanguin: c'était le ver tant cherché et les caractères anatomiques étudiés avec détail prouvèrent qu'il s'agissait bien d'une filaire: c'était un ver blanc, arrondi, d'une longueur de 8 à 10 centimètres, à surface lisse et sans autre striation que celle résultant de la contraction des appareils musculaires; la bouche était plate, la tête légèrement arrondie, supportée par un col long et filé; le corps atteignait un diamètre de 0^{mm},25 environ et l'on pouvait distinguer des tubes utérins, pleins d'œufs à divers degrés de développement. Les circonstances dans lesquelles le parasite fut découvert ne permirent pas de découvrir d'une manière précise ses rapports avec les tissus.

Mais la description donnée par Lewis concordait dans tous les points principaux avec celle due à Spencer Cobbold et relative aux spécimens envoyés par Bancroft.

Presque en même temps, le 16 octobre 1877, la découverte de Bancroft et de Lewis était confirmée au Brésil par Silva Arango (1) dans des circonstances un peu différentes. C'était chez un malade qui, trois ans après une attaque d'érysipèle, avait été pris d'une affection prurigineuse désignée par les indigènes sous le nom de *craw-craw*, avait eu à deux reprises de la chylurie et présentait un début de lympho-scrotum à forme franchement éléphantioïde; dans le liquide coagulé qui s'écoulait des bourses, on découvrit d'abord un certain nombre d'embryons, puis une filaire adulte, et sexuée; malheureusement, cet exemplaire était mort et ne put être étudié complètement.

Enfin, le 18 novembre, Félício dos Santos (2) trouva à son tour la filaire adulte dans un abcès lymphatique du bras, sous forme d'un ver blanc arrondi, de plus de deux pouces de longueur et de la grosseur d'un cheveu.

Il devenait de plus en plus probable que le parasite reconnu à la fois en Australie, aux Indes et au Brésil devait jouer un rôle étiologique prépondérant dans la genèse de diverses maladies tropicales; toutefois la démonstration manquait encore. Il était réservé à Manson de la donner positive; mais auparavant cet ingénieux observateur, dans une nouvelle série de recherches, parvint à révéler toute la suite des transformations intermédiaires entre l'état embryonnaire et l'état adulte du parasite.

Dès le 20 avril 1877, dans une lettre datée de Brisbane (Australie) et

(1) Da Silva Lima. Nouvelle phase de la question de la nature parasitaire de la chylurie (*Gazeta medica da Bahia*, nov. 1877).

(2) Félício dos Santos. Filaria Bancrofti. Verificação no Brazil da descoberta de Bancroft na Australia (*O Progresso medico.*, 15 déc. 1877).

adressée à Spencer Cobbold, Bancroft s'exprimait en ces termes : « Je me suis demandé si les moustiques, si avides du sang humain, ne pouvaient pas absorber les hématozoaires, et les reporter dans l'eau où ils ont coutume d'aller mourir. Je me propose d'examiner des moustiques qui auront mordu des personnes malades, pour voir s'ils contiennent des filaires. »

Cette hypothèse ne tardait guère à devenir une réalité ; au moment où ces lignes étaient écrites, l'infatigable Manson (1) faisait paraître un travail très complet, dans lequel la question était étudiée avec les plus grands détails. Frappé de la même idée que Bancroft, il avait exposé à la piqure des moustiques un Chinois atteint d'hydrocèle fébrile et dont le sang fourmillait de filaires embryonnaires ; il avait recueilli les insectes gorgés de sang et avait retrouvé dans leur estomac le parasite humain ; par une suite d'observations minutieuses, il avait pu se convaincre que l'hématozoaire subissait dans ce nouveau séjour toute une série de métamorphoses, au terme desquelles il paraissait pourvu d'un tube digestif complet, dépouillé de sa gaine embryonnaire et capable de vivre par lui-même. A ce moment, le moustique ayant achevé sa ponte allait mourir à la surface de l'eau, et le parasite mis en liberté se trouvait ainsi dans les conditions les plus favorables pour être introduit de nouveau dans l'organisme humain.

Cette importante découverte bientôt confirmée par Lewis (2), par Silva Arango (3), soumise à l'épreuve d'une minutieuse critique par Spencer Cobbold (4) présentait un extrême intérêt. Elle établissait une analogie très satisfaisante entre la filaria sanguinis et la plupart des autres entozoaires qui, on le sait, ne parcourent leur cycle génétique complet qu'à la condition de passer par deux organismes différents. C'est ainsi que pour la filaire de Médine (*dracunculus Medinensis*) Fedschenko (5) a démontré que les embryons sont avalés par les cyclopes, petits crustacés d'eau douce qui servent d'hôte intermédiaire au parasite et sont à leur tour avalés par l'homme. Ce n'est pas tout ; le fait de la migration par le moustique rendait probable, sinon certaine, cette source d'infection déjà indiquée vaguement par Silva Lima, les eaux stagnantes, où vont mourir les moustiques et qui, bues sans précaution par les indigènes ou par les voyageurs, transportent dans l'organisme humain le ver déjà en voie de maturation. Enfin, le même fait fournissait une explication toute naturelle de l'endémicité de la filaire dans les lieux humides, sur les plages basses, auprès des lagunes marécageuses et en général dans toutes les localités où l'influence des eaux stagnantes se manifeste par le développement des miasmes palustres.

La dernière découverte de Manson, en lui permettant de coordonner les faits, avait donné à sa doctrine de l'helminthiase tropicale, la cohésion qui lui manquait. Il n'a épargné aucun effort pour la faire accepter et il y a en grande partie réussi : Lewis, Fayrer, Cobbold, les observateurs brésiliens

(1) P. Manson. Reports on hæmatozoa (*Sixth part of Shang'hai's Custom's Gazette*, 1877).

(2) Lewis. Remarks regarding the Hæmatozoa found in the stomach of Culex mosquito (*Bengal Asiatic Society's Journal*, mars 1878).

(3) Silva Arango. Quelques particularités sur la filaria sanguinis (*Gazeta medica da Bahia*, 1879).

(4) Sp. Cobbold. On filaria sanguinis. Epidemiological society of London (*The Lancet*, 22 février 1879).

(5) Fedschenko. Protokolle der Freunde der Naturwissenschaften in Moskau. 1867 et 1877).

s'y sont pleinement ralliés et l'origine parasitaire de la chylurie, de certaines formes d'éléphantiasis et de plusieurs maladies voisines a été adoptée sans hésitation par la plupart des médecins anglais. Cependant des protestations se sont élevées ; Tilbury Fox principalement s'est élevé avec force, non contre l'existence de la filaire, qui est absolument démontrée, mais contre la relation de cause à effet qu'on voulait établir entre ce parasite et l'éléphantiasis. Les objections du célèbre dermatologiste anglais, que nous discuterons plus loin, s'appuyaient surtout sur l'in vraisemblance et le défaut de preuves. L'in vraisemblance n'est pas plus grande que celle des migrations si curieuses des ténias ; d'ailleurs d'autres faits, parfaitement observés par Lewis et par Manson ont prouvé que, chez le chien, une foule de maladies étaient directement produites par des filaires très analogues à celles de l'homme. Quant au défaut de preuves, il vient d'être comblé en partie par une dernière et toute récente découverte de Manson (1), qui a trouvé la filaire adulte logée dans un vaisseau lymphatique au milieu d'une tumeur éléphantiasique du scrotum (lympho-scrotum). Ce fait unique jusqu'ici terminera l'histoire de la question.

Un individu se présenta atteint d'un éléphantiasis nævoïde du scrotum ; dans son sang, il fut impossible de découvrir des embryons de filaire, mais en revanche, dans le liquide aqueux et coagulable qui s'échappait du scrotum, il était facile de reconnaître de nombreux spécimens du parasite en question. Manson diagnostiqua une obstruction lymphatique en amont des ganglions, se basant sur les considérations suivantes : 1° si la lymphe avait régurgité après avoir traversé les ganglions, elle aurait été laiteuse ou sanguinolente et beaucoup plus riche en cellules ; elle était au contraire limpide et aqueuse comme elle l'est généralement au voisinage des radicules lymphatiques ; 2° il n'existait point de varicosités des ganglions inguinaux, comme c'eût été le cas si l'obstruction avait siégé en aval de ceux-ci ; 3° la présence de la filaire dans la lymphe, non dans le sang, prouvait que l'obstruction était complète. Il était donc probable que le ver avait son siège dans l'épaisseur même du scrotum et que l'opération le ferait découvrir. C'est ce qui eut lieu. Après l'ablation de la partie malade du scrotum, on vit s'agiter sur la surface de section un long ver du diamètre d'un crin de cheval, encore en partie contenu dans un conduit lymphatique. Une légère traction en amena malheureusement la rupture. La partie arrachée qui put seule être examinée était la moitié antérieure d'une femelle avec une partie de son tube digestif et des ovaires renfermant un grand nombre d'œufs et d'embryons déjà en liberté. La guérison se fit très régulièrement.

Cette découverte établit d'une manière absolue l'habitat de la filaire adulte dans les lymphatiques et constitue une preuve irrécusable de son influence sur le développement de l'éléphantiasis nævoïde, sinon de l'éléphantiasis vrai. Elle forme le document le plus récent qui soit parvenu à notre connaissance. Mais depuis dix ans à peine que cette question est née, on l'a vue se transformer et s'étendre avec une rapidité qui tient du prodige, et peut-être déjà, à l'heure où nous écrivons, de nouveaux faits ont-ils apporté des preuves nouvelles.

(1) P. Manson. Additional notes on filaria sanguinis and filarioid disease (*The Lancet*, 15 janvier 1881).

Quoi qu'il en soit, nous en savons assez dès maintenant, pour essayer d'esquisser l'histoire naturelle de la filaire Wucherienne et pour étudier les relations pathologiques positives ou probables de ce curieux parasite.

(A suivre.)

I
la
rea
elle
que
ave
cap
an
I
not
ces
se
pa
(17
pa
me
p.
de
qu
tio

REVUE FRANÇAISE.

DERMATOLOGIE.

ÉTUDE GÉNÉRALE DES RASH,

par M. BARTHÉLEMY, chef de clinique dermatologique à la Faculté (1).

I. — APERÇU HISTORIQUE.

Les exanthèmes prodromiques des maladies fébriles, et principalement de la variole, ont été signalés depuis longtemps. Mais longtemps aussi ces *efflorescences prééruptives* ont été confondues avec les fièvres éruptives elles-mêmes ou considérées, soit comme une éruption de même nature que la fièvre éruptive dans le cours de laquelle elles se montraient, mais avortée, rapetissée, à la manière d'une poussée d'essai précédant l'éruption capitale, soit même comme une éruption d'une autre nature, surajoutée, annexée à la principale et venant la compliquer tout en la précédant.

Dans Sydenham (cap. III, p. 267), dans Hoffmann, Stoll, Vogel, Franck, nous trouvons quelques passages qui se rapportent peut-être aux rash, mais ces descriptions n'ont rien de précis, et l'éruption, entrevue par ces auteurs, se rattache plutôt à la rougeole qu'à la variole.

Dans les fièvres miliaires, on a signalé des exanthèmes rouges qui ne sont pas de véritables rash. Gastelier, dans la miliaire des femmes en couches (1774), avait vu des *taches rouges* précéder l'éruption. Borsieri (1785) sépara la miliaire de la rougeole, mais ce médecin que M. Lailler appelle le moniteur de la variole, ne paraît pas avoir observé le rash variolique.

Brillouet (*Journal de médecine*, 1783, t. LXI, p. 166 — 1784, t. LXII, p. 40 et 43) parle d'une rougeole survenue avant l'éruption varioleuse chez un de ses inoculés. Sutton relève l'erreur et prétend, avec raison d'ailleurs, qu'il a eu affaire au rash signalé par Dimsdale (Present method of inoculation for the small-pox, Edimb., t. VIII, ch. 8, 1790).

C'est en effet Thomas Dimsdale qui, le premier, en 1772, a signalé à l'at-

(1) Extrait des *Recherches sur la variole*, thèse inaugurale du Dr Barthélemy.

tention des médecins les exanthèmes prééruptifs de la variole et qui les a désignés sous le nom de *rash*.

Tels sont les premiers faits importants et précis que l'on trouve à noter dans l'histoire des *rash*. Ceux-ci continueront cependant longtemps encore à être confondus avec les rougeoles ou les scarlatines, et d'autant plus facilement qu'on admettait alors sans discussion et la dégénérescence d'une fièvre éruptive quelconque en une autre fièvre éruptive, et la contemporanéité, chez le même malade, des diverses fièvres éruptives.

Les *rash* ont été plus étudiés en Angleterre qu'ailleurs, parce que les *rash* sont, au dire de Bateman, plus fréquents dans les varioles inoculées que dans les varioles spontanées; or l'Angleterre est la patrie des inoculations: Pearson en 1800, Willan et Bateman, en 1801 (*variola rosacea*), en ont fait, surtout ce dernier, de bonnes descriptions qui ont été *très fidèlement* reproduites par Rayer.

Viennent ensuite les travaux de Wendt et surtout de Morton (*In medic. transact.*, vol. V, p. 149, 1^{re} série; *Some account of a rash liable to be mistaken for scarlatina*), puis de Valer (Inquiry to the small-pox); ceux de Dessessart, en Allemagne (*Mémoire de l'institut national*); ceux de Dezoteux et Valentin en France (*Traité de l'inoculation*, 1799, chapitre III, p. 238).

Après être tombée dans une assez longue indifférence, l'étude des *rash* est rentrée de nos jours en honneur.

En 1842, Latour signale, dans les *varioles à forme typhoïde*, des *taches rouges* qui sont prises pour des taches lenticulaires jusqu'à l'apparition de l'éruption variolique caractéristique.

En 1846, Duclos les attribue à une suractivité cutanée et à la plus grande quantité de sels contenus dans la sueur (voir la clinique de Trousseau).

En 1848, Delpech, dans une leçon publiée par la *Gazette médicale des Hôpitaux*, professe et établit nettement la distinction entre la rougeole, la variole et la scarlatine et les exanthèmes.

En 1849, M. Faivre publie une thèse dans laquelle il croit avec Rostan à la coexistence sur le même individu de la scarlatine, de la rougeole et du purpura.

En 1854, M. Armand Moreau les rattache directement à la période d'invasion de la variole.

En 1859, M. Hardy, dans ses leçons sur les maladies de la peau, leur consacre quelques pages.

L'année suivante, M. Alméiras considère les *rash* scarlatiniformes comme une entité morbide, comme une éruption spéciale précédant la manifestation cutanée des fièvres éruptives et complètement indépendante d'elles.

Trousseau (t. I, p. 29) accepte les deux divisions établies par Valentin, dans ces *éruptions particulières* qui apparaissent, soit le jour, soit la veille de l'éruption pustuleuse dans les varioles modifiées.

En 1869, Isambert soulève, à propos des *rash* varioliques, une discussion à laquelle prennent part Chauffard, Gubler, M. Labbé (*Soc. méd.*, juillet), qui ne peuvent s'accorder sur le pronostic des *rash*.

Un certain nombre d'observations sont alors publiées (Guéneau de Mussy, Pauchon, *Mouv. méd.*, 1870). Signalons encore la thèse de M. Fauny (1870), qui étudie le *rash* au point de vue du diagnostic, et surtout du pronostic, ainsi que le remarquable travail du D^r Hamel sur les *rash* varioliques (1870).

Les discussions de 1869, 1870 et 1871, sur les *rash*, à la Société médicale des hôpitaux montrent combien les cliniciens étaient encore loin de s'entendre

sur cette question, *il y a quelques années à peine*. Chauffard doute même encore de leur existence et cherche à les englober dans la forme hémorragique de la variole. En tous cas, il proteste contre l'introduction de ce mot dans l'histoire de la variole. M. Labbé, qui croit les rash plus fréquents aujourd'hui qu'autrefois, nous apprend que Chomel, malgré sa grande expérience, n'aurait observé les rash que dans les dernières années de sa carrière. Isambert raconte que c'est en 1860 qu'ils lui ont été montrés pour la première fois par Aran, dans le service de Rostan, à l'Hôtel-Dieu, et que jusqu'en 1869, il n'en a vu que deux ou trois cas.

Quant à l'expression, il n'y a qu'une trentaine d'années qu'elle a pris droit de domicile en France, où elle fut introduite à la clinique de Chomel par un élève anglais (Soc. méd. des hôp., 1869, p. 122).

Il nous reste à mentionner les travaux de M. Simon (de Hambourg) 1872, et une clinique de M. Sée, rédigée par M. Sevestre dans le journal de Lucas-Championnière (1875, p. 154), sur les « rash prévariologiques » dénomination fort mauvaise, comme nous l'établirons plus loin.

M. le Dr Legroux a fait sur les rash un très remarquable article dans le Dictionnaire de Dechambre (1874), où il expose très exactement l'état de la science sur la question. Nous avons fait notre travail avant d'avoir lu cet article, voulant, pour la description et l'analyse de ce phénomène pathologique, garder toute notre indépendance et ne nous baser que sur ce que nous avons pu voir; nous sommes heureux de pouvoir appuyer notre manière de voir sur l'autorité de ce clinicien.

Beaucoup de classiques gardent un silence absolu sur les rash. Nous allons voir cependant que ces exanthèmes ont une importance considérable et une fréquence assez grande, de nos jours du moins, puisque, dans l'épidémie parisienne de 1879, sur 400 cas de variole, nous en avons observé 43 précédés ou accompagnés de rash.

La tendance que l'on peut remarquer de nos jours est complètement opposée à celle que nous constatons dans les premiers âges de l'histoire des rash. Ceux-ci étaient alors confondus avec les diverses fièvres éruptives, soit isolées, soit simultanées. Aujourd'hui, sans en faire, comme M. Alméras, une entité morbide tout à fait indépendante, un certain nombre d'auteurs inclinent encore à les considérer comme une éruption compagne fréquente de la variole, mais non rattachée directement à la variole : c'est une affection dans une maladie, c'est un accident dans la variole (Voir Parrot).

Contrairement à cette opinion, nous croyons avec M. Legroux qu'il faut en faire un véritable épiphénomène, un élément de plus dans la série morbide de la variole, dans laquelle il y a d'autant plus lieu de les englober complètement que les rash ne sont, pour nous, *que des symptômes prodromiques de la variole*.

À propos de la *dénomination même de rash*, voici ce que nous apprend le procès-verbal de la séance du 11 juin 1869 (Soc. méd. des hôp.)

« Isambert répondant à Chauffard, déclare qu'il ne tient en aucune façon aux mots étrangers et qu'il a accepté ce nom parce qu'il a cours dans la science et surtout parce qu'il n'en connaît pas d'autre pour exprimer un fait clinique particulier. Quant à la signification précise de ce mot, Isambert a consulté un collègue fort compétent à cet égard, M. le Dr Ball. Il en est résulté qu'en anglais, le mot *rash* est à la fois un adjectif qui veut dire prompt, téméraire, emporté, rageur, et un substantif qui désigne d'une manière générale une *éruption rouge*, commune à diverses fièvres.

On lui adjoint souvent le nom de *mulberry* et l'on dit *mulberry-rash*,

éruption couleur de jus de mûre, comme on dit en France, exanthème scarlatiniforme.

« Quant à la variole, on dit le *variolous rash*, c'est-à-dire le *rash varioleux* pour indiquer une éruption propre à certaines formes de variole ; mais on a tort de dire la *variole rash*, puisque *rash* est ici le substantif et *variolous* l'adjectif.

« Quant au sens de *démangeaison* ou *picotement* que M. Labbé attribue au mot *rash*, cette acception n'appartient pas au mot anglais, mais au mot italien *raschiare*, racler, gratter, qui paraît avoir été l'étymologie du mot anglais. Les étymologistes anglais citent le nom italien *rascia*, qui voudrait dire la gale (Dict. anglais-français de Fleming et de Tibbins, in-4°, Firmin-Didot. 1849). Isambert, n'a jamais entendu cette dénomination en Italie, où la gale est communément appelée la *rognia* ou la *scabbia*. »

M. Legroux (loc. cit.) d'après Webster, « le Littré d'outre-Manche », en fait le synonyme d'éruption. Le fait semble exact lorsqu'il cite l'expression *red rash* rouge éruption, mais non dans celle de *variolous rash* qui désigne non pas l'éruption variolique, mais le *rash* dans la variole.

Quant à nous, sans aller si loin, nous prendrons simplement au mot *rash* son sens de *rougeur* et de *soudaineté* en excluant toute idée de *démangeaison* qui manque complètement et toujours au niveau des *rash*. Le mot *rash* répond à un fait et à une idée cliniques qu'aucun autre mot connu ne peut rendre aussi bien ; nous croyons donc qu'il y a lieu de le conserver dans la langue médicale française. Qu'il nous soit encore permis de faire une remarque : Le *rash* n'est pas une éruption, dans le sens strict du mot, qui vient de *rumpere* *ex*, faire irruption au dehors. Le *rash*, en effet, fait à peine saillie à la peau et ne franchit jamais l'épiderme, comme le montre bien l'absence constante de *desquamation*. Le *rash*, au point de vue objectif, est donc une *efflorescence*, mais non une *éruption cutanée*. Et comme, d'autre part, il se montre dans le cours de la variole, non pas pourtant, comme le dit M. Parrot, pendant l'éruption, mais pendant l'invasion, on ne peut dire qu'il est *prévariologique*, personne n'ayant jamais fait exclusivement consister la variole dans l'éruption. L'inexactitude de la dénomination de M. Sée est donc complète, et tout au plus pourrait-on donner au *rash* variolique celle d'*efflorescence prééruptive*.

II. — DESCRIPTION GÉNÉRALE DES RASH.

Il ne faut pas confondre, sous le nom de *rash*, toutes les taches qui peuvent se montrer à la peau dans le cours d'une variole. Toutefois, les efflorescences cutanées, connues sous le nom de *rash*, peuvent revêtir plusieurs formes. On les divise en deux groupes : le groupe *hypérérmique*, qui comprend les formes morbillieuse, rubéolique, érysipélateuse, ortiée (Gubler, Sée) et érythémateuse ; le groupe *hémorragique*, dans lequel on peut distinguer la forme scarlatineuse et la forme purpurique, pourprée ou cramoisie.

Dans chacun de ces groupes existe une forme principale autour de laquelle on peut grouper toutes les autres, c'est la *morbillieuse*, pour le premier, et la *scarlatineuse*, pour le second.

Nous allons dès maintenant en exposer sommairement les principaux caractères.

Le *rash hypérérmique* présente une coloration rose ou rosée, qui parfois

peut passer au rouge, et même, plus rarement, affecter une teinte plus vive encore, presque carminée. Il est généralisé, uniforme, sans bourrelet, dans la forme *érythémateuse*. Il n'occupe qu'une région plus ou moins étendue, la face principalement, détermine une véritable tuméfaction du tissu cellulaire sous-jacent et se limite par des bords saillants, quand il est *érysipélateux*. Dans d'autres cas, la rougeur n'existe que sur certains points, prenant les aspects les plus capricieux, réalisant les dessins les plus variés : plaques, disques, corymbes, le plus souvent plats dans la forme *morbilleuse*, mais quelquefois surélevés en véritables papules *roséoliques* ou *ortées*.

Le rash *hémorragique*, de beaucoup le plus fréquent, est le plus souvent partiel et limité à la racine des membres pelviens. Il est constitué par un piqueté miliaire, sans élévation ni saillie appréciable à l'œil ou au doigt. Ces points granités peuvent être relativement larges et bien isolés les uns des autres, ou bien très petits, très serrés, presque confluent. La région criblée peut avoir une teinte simplement rouge, ou aller jusqu'au rouge vif, écarlate le plus souvent, la coloration est purpurique, carminée, scarlatinoïde, d'un rouge sombre, violacé, lie de vin, ardoisé, presque noir, selon les moments, selon l'apparition plus ou moins récente, selon que les hémorragies miliaires sont ou non entourées d'une zone congestive.

Cet exposé sommaire suffit à faire pressentir les notables différences qui existent entre ces divers états de la peau. Dans le premier cas, on ne trouve que de la congestion, ce qui explique sa soudaineté d'apparition et de disparition. Le deuxième arrive toujours très rapidement, sinon d'emblée, à l'hémorragie en même temps qu'à la congestion. Cette hémorragie peut être légère, modérée ou très forte et aller jusqu'à la décoloration complète de la couche profonde de l'épiderme. De là vient que la coloration pâlit à peine et ne s'efface pas à la pression du doigt, qu'elle prend peu à peu toutes les teintes de l'ecchymose et qu'elle dure assez longtemps avec une intensité graduellement décroissante.

Le premier est généralisé; toutefois, il est rare à la face et surtout aux pieds et aux mains. Le second est partiel, localisé aux aines, aux régions internes et postérieures des cuisses, aux régions pubiennes et hypogastriques, aux parois latérales du tronc où il forme deux étroits rubans, aux aisselles, aux plis du coude, à la face antérieure des poignets, aux creux poplités, et en un mot à tous les points où, la face exceptée, la peau est fine, blanche et douce.

Tels sont ces rash qui ont une histoire si agitée, et dont nous allons maintenant examiner les divers caractères, le siège, la marche et la durée.

(A suivre.)

SYPHILIGRAPHIE.

INFLUENCE DU TRAUMATISME ET DES DIATHÈSES SUR L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS
ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

I. — SYPHILIS ET TRAUMATISME EN PATHOLOGIE OCULAIRE. — M. LALANNE. *Revue de thérapeutique*.

II. — DE LA SYPHILIS CHEZ LES DARTREUX. — M. RÉVILLET. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

III. — LA SYPHILIS CHEZ LES SCROFULEUX. — M. GUIBOUT. *Gaz. des hôpitaux*.

IV. — SCROFULE ET BUBON PHAGÉDÉNIQUE. — M. PÉAN. *Revue médicale*.

I. — Rien de bien nouveau. Le traumatisme oculaire peut déterminer des accidents syphilitiques sur les yeux, même si la diathèse est latente ou date d'une époque éloignée. Nous savions cela. La nature spécifique des accidents est prouvée par le traitement. Mais c'est de la traduction d'Hippocrate, cela! — *Natura morborum*, etc...

II. — M. Révillet, de Lyon, vient de consacrer sa thèse à l'étude de l'influence réciproque de la dartre et de la syphilis, question déjà étudiée et diversement résolue. Les études de M. Révillet peuvent ainsi se résumer :

1° Quand la syphilis apparaît chez un individu déjà porteur de dartres, celles-ci ne reçoivent pas de coup de fouet, elles tendent, au contraire, à disparaître ou elles se transforment en syphilides. Par suite de modifications successives, un psoriasis dartreux se change en syphilide papuleuse qui ne ressemble en rien à la lésion primitive. Lorsque l'éruption syphilitique s'efface, on voit reparaître la dartre. Ce fait prouve que la méthode est défectueuse qui consiste à syphiliser des malades pour modifier des affections de la peau, comme l'ont pratiquée Auzias-Turenne et Gibert.

2° Lorsqu'un dartreux, n'ayant présenté aucune manifestation de sa diathèse, contracte la syphilis, quand les accidents cutanés de la syphilis commencent à régresser, on les voit se transformer *in situ* en un psoriasis. Ces transformations s'opèrent tout d'abord dans les points où siège d'habitude le psoriasis, c'est-à-dire à la face postérieure des coudes et à la face antérieure des genoux et des jarrets. C'est du psoriasis vrai, et d'après

les caractères observés, on ne peut dire que c'est du psoriasis syphilitique. Comme Bazin et M. Ricord l'ont dit, la syphilis éveille la dartre. Le traitement montre bien qu'il ne s'agit pas de produits hybrides, car il n'agit que sur l'élément contre lequel on le dirige.

III. — Il s'agit ici d'une jeune fille, âgée de 21 ans, qui présentait sur la cuisse une affection d'un diagnostic difficile. La malade niait tout antécédent syphilitique. Quant aux lésions, l'observation les relate comme suit : Sur la cuisse, du côté droit, on trouve une lésion s'étendant depuis le grand trochanter jusqu'au genou. Cette lésion est surtout formée de saillies papuleuses recouvertes de croûtes verdâtres.

Immédiatement au-dessous se trouve un bulbe formé de saillies végétantes, présentant l'aspect bien connu des végétations que l'on observe journellement à la vulve, végétations recouvertes de croûtes verdâtres faisant une saillie de près de 2 centimètres en certains endroits, le tout formant une ceinture qui enveloppe une surface plane érythémateuse semblable aux surfaces du lupus érythémateux. Cette surface, qui paraît plane à un éclairage direct, offre, à un éclairage oblique, un léger mamelonnement, pareil à la saillie des tubercules du lupus. Immédiatement au-dessous de ce groupe végétant s'observent deux saillies végétantes semblables aux premières. Vient ensuite un véritable massif montagneux avec ses pics et ses défilés, le tout recouvert des croûtes verdâtres dont nous parlions tout à l'heure.

A côté de ce massif montagneux se trouve une cicatrice blanche, absolument plane, légèrement déprimée par rapport aux parties voisines, à bords nettement taillés à l'emporte-pièce, et présentant un bourrelet ayant une teinte cuivrée, cicatrice évidemment syphilitique, ainsi que l'ont pensé MM. Guibout et Fournier.

Plus bas s'observe une surface érythémateuse entourée d'un demi-cercle de végétation semblable à celui qui se trouve en haut.

Du côté opposé à la cicatrice précédente se trouve une surface cicatricielle adhérente avec des lignes saillantes séparées par des parties déprimées, en un mot, une cicatrice réticulée, trace indéniable de la scrofule.

Nous abrégons : lésion du même genre sur le coude gauche, placard végétant entourant des surfaces déprimées comparables aux cirques que l'on observe dans les pays montagneux. Là les croûtes sont noirâtres.

Plusieurs savants médecins de Saint-Louis furent admis à contempler ces montagnes et voici quel fut leur diagnostic : M. Fournier, syphilis ; M. Besnier, lupus, c'est-à-dire scrofulide ; MM. Guibout et Hillairet, scrofule et syphilis ; M. Lallier, scrofule et peut-être syphilis à la fois. On voit que le cas était embarrassant.

Quoi qu'il en soit, le traitement par l'iodure de potassium porté à 6 grammes n'amena aucune modification. Le sirop de Gibert, à la dose de 2 cuillerées plus une pilule de protoiodure produisirent une légère amélioration, qui s'accusa davantage quand on adjoignit un traitement local à l'emplâtre de Vigo et 60 grammes par jour de sirop d'iodure de fer. Au bout de trois mois, la lésion de la cuisse marchait vers la guérison, mais celle du coude s'était peu améliorée.

IV. — Un malade, scrofuleux, du service de M. Péan, est entré à l'hôpital Saint-Louis pour un bubon phagédénique survenu à la suite d'un chancre simple du sillon.

Ce bubon avait été traité par toutes espèces de moyens : cataplasme, iodoforme, nitrate d'argent, etc. On obtint quelques cicatrices en flots à la suite de cautérisations au fer rouge : suivant l'auteur, c'est le traitement qui réussit le mieux dans ces cas.

G.

ACTION DU MERCURE SUR LE SANG. — M. E. ROBIN. (*Revue de thérapeutique.*)

Inspiré par M. Terrillon, dans le service duquel il a fait ses recherches, M. Robin a étudié l'influence du traitement mercuriel sur la richesse globulaire du sang. L'auteur nous en avertit : cette entreprise n'est pas absolument nouvelle, Polotebnon, Wilbouchewitch, Hallopeau ont fait des essais sur ce sujet sans l'épuiser complètement. Wilbouchewitch avait tiré de ses expériences les conclusions suivantes :

Avant le traitement, on voit les globules diminuer progressivement de nombre et descendre au-dessous de la moyenne : c'est apparemment que la syphilis est cause d'hypoglobulie.

Le mercure à petites doses, chez les individus atteints de syphilis produit pendant un certain temps l'augmentation des globules rouges du sang, en même temps qu'une légère diminution des globules blancs; l'hypoglobulie syphilitique est arrêtée et le sang revient à son état normal.

Le traitement mercuriel, trop longtemps prolongé, produit les mêmes accidents que le mercure à hautes doses provoque d'emblée chez les animaux, c'est-à-dire hypoglobulie, diarrhée, etc.

Par conséquent, il est très important de savoir à quel moment précis on doit suspendre le traitement mercuriel, et ce moment ne peut être déterminé qu'au moyen de la numération du globules.

Le Dr Keyes, de New-York, reprit ces études, en opérant avec de moins

dres doses de mercure, et tira de ses expériences les conclusions suivantes :

Le mercure diminue le nombre des globules rouges, quand il est donné en excès, spécialement à l'hôpital.

La syphilis fait baisser le nombre des globules rouges au-dessous du chiffre normal.

Chez les syphilitiques, le mercure donné à petites doses, et peu ou longtemps continué, soit seul, soit associé à l'iodure de potassium, accroît le nombre des globules rouges et le maintient à un chiffre élevé.

Le mercure à petites doses donné comme tonique aux animaux bien portants augmente leur poids (Liégeois), et à plus fortes doses il affaiblit ou tue (Wilbouchewitch).

Le mercure à petites doses est un tonique, pendant un certain temps au moins, pour les individus bien portants, non syphilitiques. Il accroît le nombre de leurs globules rouges.

Les numérations de M. le D^r Robin ont été faites à l'aide de l'hématimètre de Hayem. Ses conclusions sont plus nettes que celles de Keyes et de Wilbouchewitch.

Chez les individus, syphilitiques ou non, qui absorbent du mercure à dose thérapeutique, soit par voie dermique, soit par le tube digestif, quand ce médicament n'amène aucun trouble du côté des fonctions digestives, et qu'aucun accident intercurrent ne vient contrarier son action, il se produit généralement une augmentation du nombre des globules rouges.

Toutes les fois que le mercure détermine une salivation ou une diarrhée un peu prolongée, on voit l'hypoglobulie apparaître.

Si nous ne craignons pas de commettre une indiscretion, nous dirions pourquoi nous espérons qu'une solution sérieuse va être prochainement donnée à cette question, sur laquelle la science demande à être enfin fixée. Les expériences faites jusqu'ici ont porté sur un nombre trop restreint de sujets, elles demandent à être faites sur une large échelle. G.

DEUX EXCISIONS DE CHANCRES SYPHILITQUES.

Nous avons communiqué à la Société clinique deux observations d'excisions de chancres syphilitiques que nous avons pratiquées à l'hôpital du Midi, dans le service de M. le D^r Horteloup. Nous ne rapportons ici que

le titre de ces deux observations, mais nous demandons la permission de reproduire intégralement les réflexions dont nous les avons fait suivre.

Observation I. — *Excision d'un chancre syphilitique quarante-huit heures après son début avant l'apparition de l'adénopathie et de l'induration. — Insuccès.*

Observation II. — *Excision d'un chancre syphilitique sept jours après le début, avant l'apparition de l'adénopathie inguinale. — Insuccès.*

Voilà donc deux excisions de chancres syphilitiques faites chez deux malades, l'une *au troisième jour*, quarante-huit heures environ après l'apparition du chancre *avant que l'induration fût bien marquée*, l'autre *au septième jour*. Toutes deux ont été faites *avant l'apparition de l'adénopathie spécifique* et les accidents consécutifs ne se montrèrent pas moins. Nous pensons que ces deux observations sont irréprochables et parfaitement démonstratives ; la première surtout mérite d'être prise en considération. Nous ne pensons pas qu'aucune excision ait été pratiquée plus tôt et d'une façon plus radicale.

A ce sujet, nous rappellerons, pour y ajouter une idée personnelle, la comparaison suivante, qui a souvent été faite par les partisans de la destruction préventive du chancre aussi bien que par ses détracteurs ;

Les partisans de l'ablation du chancre ont dit : « La syphilis est comparable à la rage ; lorsque l'on cautérise à temps et suffisamment la morsure faite par un chien enragé, on prévient la rage. » — « Permettez ! ont répondu leurs adversaires, si vous pouvez comparer la rage à la syphilis, il ne vous est pas permis de comparer le syphilitique chez qui apparaît un chancre un mois après l'inoculation du virus, à celui qui vient d'être mordu : votre comparaison serait juste si vos deux points comparés étaient, l'un le sujet qui vient d'être mordu, l'autre le sujet qui vient de se livrer à un coït impur. »

La cautérisation profonde, au fer rouge ou par les caustiques, de la morsure d'un chien hydrophobique n'a pas toujours préservé de la rage, même quand elle a été pratiquée quelques instants après la morsure. La maladie se manifeste par ses terribles accidents au bout d'un temps plus ou moins long, parfois même très longtemps après la blessure, comme en font foi certains exemples cités récemment encore. Pourquoi admettre, avec les partisans de l'excision, que le *virus syphilitique* se comporte autrement que le *virus rabique* ? Comment peut-on admettre que les tissus se montrent plus indifférents en présence du virus syphilitique et plus

lents à l'absorption que lorsqu'il s'agit des *virus* de la *vaccine*, de la *morve* et du *farcin*, de la *clavelée*, du virus des *piqûres anatomiques*, etc. ?

Mais, disent les partisans de la destruction, de l'excision, comment expliquez-vous ce fait que le chancre apparaisse à l'endroit précis où le virus a pénétré dans l'économie ? Vous voyez bien qu'il y a d'abord une élaboration locale qui se termine par la formation d'un ulcère induré, véritable foyer d'où part l'infection qui, de proche en proche, par les vaisseaux sanguins, par les vaisseaux lymphatiques ou par le sang (selon la théorie), devient générale. Ce n'est qu'après cette seconde élaboration ou incubation que les accidents dits secondaires se développent.

A cela nous répondrons qu'après la morsure d'un chien enragé la plaie guérit souvent avant le début des accidents rabiques, et que plus tard, après incubation, la cicatrice change d'aspect et la plaie se rouvre. Il nous semble que les choses ne se passent pas autrement dans la syphilis : le virus entre dans l'économie par une solution de continuité qui se referme, et quand l'organisme est totalement imprégné, c'est au point où l'élaboration du virus s'est faite tout d'abord, le plus longtemps par conséquent, et avec le plus d'intensité, que se fait jour la première manifestation, « le premier des accidents secondaires », comme Ricord a nommé le chancre. Cette expression du grand syphiligraphe est d'une justesse qui n'échappera à personne après l'explication que nous venons de donner.

Si chez l'hydrophobique la cicatrice ne se rompt pas toujours, c'est qu'elle est devenue plus solide après une longue incubation, laquelle encore a pour effet de permettre à l'équilibre de s'établir dans la répartition du poison aux différentes parties du corps qui se trouvent ainsi uniformément infectées. Ajoutons, enfin, que la rage n'est pas une affection dont les lésions ont une tendance à l'ulcération, comme la syphilis.

Ce n'est donc pas un mois ou plus après la contamination qu'il faudrait exciser, mais bien aussitôt après le coït suspect (nous allions dire après la morsure), ce qui revient à dire que l'excision est inutile, *même dans les points où elle est praticable* ; voilà notre opinion.

Il est probable que, dans les cas où elle a paru rendre service, elle a porté sur autre chose que sur des chancres syphilitiques. On peut encore penser que bon nombre de fois le malade n'a pas été suivi assez longtemps. Il existe, en effet, des observations où l'on voit des accidents secondaires n'apparaître que très tardivement après le chancre. Nous en possédons une très curieuse dans ce sens. (Voir, plus loin, notre communication à la Société clinique.)

On sait aussi que dans quelques cas, rares à la vérité, des chancres sy-

philitiques, dûment constatés, n'ont été suivis d'aucun accident. — Gibier (de Savigny) in *Union médicale*, n° 45, 1881. G.

ACCOUCHEMENT, SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE CHEZ LA MÈRE, SYPHILIS CONGÉNITALE CHEZ L'ENFANT, MORT OU SURVIE A LA NAISSANCE. (Le Praticien, 1881.)

Deux femmes atteintes de syphilis sont accouchées ces jours derniers dans le service de M. le professeur Depaul, à l'hôpital des Cliniques, l'une d'un enfant mort, l'autre d'un enfant vivant.

Chez la première, l'enfant devait avoir succombé, selon toutes probabilités, depuis 2 ou 3 jours, lorsque la mère est accouchée. Du reste, celle-ci a rapporté qu'elle ne sentait plus l'enfant remuer depuis cette époque. Bien que dans l'espèce elle eût raison, et que le fait coïncidât avec la mort du fœtus, cependant ce phénomène n'a rien d'absolument significatif, et il n'est pas rare de rencontrer des femmes arrivées aux derniers jours de la grossesse qui déclarent que leur enfant ne remue plus, tandis que si l'on vient, dans ce cas, à ausculter les parois abdominales, l'oreille perçoit nettement les battements réguliers du cœur de l'enfant. A quoi cela tient-il ? c'est assez difficile à comprendre.

Quoi qu'il en soit, l'enfant était mort depuis un certain laps de temps au moment de l'accouchement, et la preuve en est dans l'épiderme qui, dans ce cas, s'enlève avec la plus grande facilité, dès que l'on y touche, si légèrement que ce soit, et aussi dans la décoloration du cordon ombilical ; mais la mort ne remontait pas à une date bien éloignée, car le cordon était à peu près normal comme dimension et légèrement infiltré en bas seulement. De plus, le liquide amniotique était un peu coloré en jaune par le méconium que l'on retrouvait aussi en petits flocons nageant dans ce liquide.

Mais à quoi faut-il attribuer cette mort ? Serait-ce au placenta ? mais celui-ci ne présente aucune altération, serait-ce à l'abondance du liquide amniotique ? mais celle-ci se montre surtout avec certaines lésions de l'enfant, que l'on ne retrouve pas ici.

Il faut donc chercher ailleurs la cause de la mort de cet enfant, et la maladie dont sa mère est atteinte doit nous en donner la raison. Cette femme, en effet, est sous l'influence de la diathèse syphilitique depuis 3 ou 4 mois environ. C'est à cette époque qu'elle croit pouvoir faire remonter l'apparition d'un chancre sur les parties génitales, et aujourd'hui

encore elle porte quelques plaques muqueuses qui, sous l'influence du temps écoulé depuis le début, commencent déjà à se modifier.

Elle est donc syphilitique, le fait est indéniable ; syphilitique de 3 ou 4 mois au moins, puisque, dit-elle, elle n'a eu aucun rapport sexuel avec l'homme qui l'a contaminée depuis cette époque. Dans tous les cas, elle est parvenue maintenant au commencement de la période tertiaire, c'est-à-dire au moment où tous les tissus sont imprégnés de virus syphilitique.

Nul doute donc sur la diathèse syphilitique de cette femme, nulle hésitation non plus sur la cause de la mort de l'enfant qui a succombé victime de l'affection constitutionnelle de sa mère, bien que l'on ne trouve sur lui aucune trace apparente de cette affection.

Ce qui est important, actuellement que l'enfant n'existe plus, c'est de traiter la mère, et la traiter de façon à mettre à l'abri, au cas d'une nouvelle grossesse, sa progéniture à venir, sinon cette femme aura eu le temps de mûrir sa syphilis, laquelle, invétérée alors, donnerait lieu chez l'enfant à des manifestations apparentes de la maladie de sa mère, soit à un pemphigus néo-natorum ou à des gommès syphilitiques du poulmon, soit à quelques lésions des reins, du foie, des os, etc.

Le 2^e cas concerne une femme qui est également syphilitique, mais chez elle l'affection est plus récente, et peut-être pourrait-on expliquer par là le fait que l'enfant est né vivant, car ni l'un ni l'autre de ces deux enfants ne présente la moindre lésion.

Cette femme, que nous avons interrogée sur l'origine des accidents syphilitiques dont elle est atteinte, nous a répondu que sa maladie remontait au plus à 2 mois ; elle aurait eu, selon ses propres expressions, un petit bouton sur les parties génitales, bouton qu'elle aurait gratté et excoorié, et autour duquel d'autres se seraient développés, si bien qu'aujourd'hui elle présente des plaques muqueuses parfaitement évidentes. Néanmoins elle est accouchée d'un enfant vivant sur lequel on ne trouve encore aucune des manifestations de la maladie de sa mère, mais celles-ci peuvent très bien apparaître sous peu. Aussi cet enfant est-il de ceux que l'on doit bien se garder de confier à une nourrice, sous peine de le voir infecter celle-ci.

Au sujet de ces deux femmes dont nous venons de rapporter l'observation, M. le professeur Depaul a rappelé que ces faits confirmaient pleinement ce qu'il avait dit et répété depuis longtemps, savoir : que plus la syphilis est invétérée chez la mère, plus l'enfant a de chances, soit d'être mort-né au moment de l'accouchement, soit de présenter à la naissance des traces palpables d'une syphilis congénitale ; plus, au contraire, les débuts de la maladie se rapprochent du terme de la grossesse, plus l'enfant

a de chances de naître vivant, et parfois même, si la maladie est de fraîche date, de n'être pas contaminé.

G.

LÉSIONS OSSEUSES CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, ALTÉRATIONS CHONDRO-CALCAIRES GÉLATINIFORMES ET OSTÉOPHYTIQUES. — M. PARROT. (*Le Praticien*, 1881).

1^{er} cas. Il s'agit tout d'abord d'un petit enfant, âgé seulement de 54 jours, qui est entré avec une syphilide maculeuse, développée dans les lieux d'élection, c'est-à-dire sur les fesses, à la région postérieure des cuisses, etc. Lorsque l'on essayait de le soulever par les aisselles, on remarquait que les membres inférieurs étaient ballants, lourds, œdématiés, bien que l'enfant eût dépassé l'âge où l'on rencontre l'œdème des nouveau-nés. Si on lui chatouillait la plante des pieds, il relevait incomplètement la jambe, par suite de ce que l'on a appelé la pseudo-paralysie syphilitique.

Cette pseudo-paralysie, en réalité, est la conséquence d'une fracture des os dans le voisinage des épiphyses, fracture qui empêche le fonctionnement des articulations.

La lésion, dans ces cas de fracture syphilitique, ne siège pas dans le cartilage, mais au-dessous de la couche chondroïde ou chondro-calcaire, entre la diaphyse et l'épiphyse. Cette couche dont l'épaisseur normale est d'un quart de millimètre environ, peut atteindre dans ce cas jusqu'à 4 millimètres, comme l'autopsie, du reste, l'a démontré chez cet enfant. C'est dans cette couche chondro-calcaire, hypertrophiée, très friable, que, par le fait de la syphilis héréditaire, la fracture s'est produite sous l'influence des contractions musculaires. De là l'impotence des membres inférieurs.

Chez cet enfant, l'examen des viscères a montré une rate syphilitique volumineuse, dont le poids était de 28 grammes, tandis que le poids normal, à cet âge, ne dépasse guère 10 ou 12 grammes.

Chez un second enfant, âgé de trois mois, les lésions osseuses que nous avons pu constater sur les pièces anatomiques étaient caractérisées par une altération gélatiniforme étendue verticalement le long du cylindre osseux du tibia, non pas dans toute son épaisseur, mais seulement sur l'un des côtés, sur la face interne de l'os. De plus, il existait à la partie moyenne du même tibia, et seulement à la périphérie de la face interne, une ostéophyte dont les fibres sont perpendiculaires à la surface de l'os.

Ces trois altérations, chondro-calcaire, gélatiniforme et ostéophytique, peuvent se rencontrer à toutes les périodes de la syphilis héréditaire.

L'enfant dont nous parlons ici avait, du reste, le masque syphilitique complet, les testicules étaient rouges, tuméfiés, altérés, et les canalicules étaient entourés par des corpuscules embryonnaires analogues à ceux des gommés syphilitiques.

G.

PHITISIE PULMONAIRE SYPHILITIQUE, GUÉRISON, par M. le Dr GAUTHIER (de Charolles). (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Au commencement de novembre 1880, M. X..., âgé de 23 ans, me fait appeler à propos d'un point de côté qui l'oblige à garder le lit. Depuis 4 ou 5 mois déjà, il a une toux sèche, un essoufflement habituel, une fièvre vespérale quotidienne se terminant dans la nuit par des sueurs profuses, de l'inappétence, des alternatives de diarrhée et de constipation, et, enfin, un état profond d'anémie et d'amaigrissement.

La percussion ne donne rien de particulier; mais aux deux sommets, le bruit vésiculaire est rude et l'expiration est notablement prolongée. Pas d'hémoptysies, pas d'antécédents héréditaires avoués.

Je diagnostique une tuberculose pulmonaire.

Pendant deux mois et demi, l'état général ne fit que s'aggraver et, au milieu de janvier dernier, l'hecticité était complète et le malade ne quittait plus le lit. Et, cependant, les signes sthétoscopiques ne s'étaient pas sensiblement modifiés. Ce désaccord entre l'état général qui s'aggrave et la lésion pulmonaire qui reste à peu près stationnaire me paraissait anormal, lorsqu'il se déclara, du côté de la hanche gauche, des accidents qui semblaient devoir confirmer mon diagnostic de phthisie tuberculeuse. M. X... en était arrivé, peu à peu, à présenter complètement l'habitus d'un coxalgique, raccourcissement apparent du membre inférieur; abduction et rotation en dehors; déviation du bassin, ensellure; déviation même de la colonne vertébrale; douleurs spontanées intenses s'irradiant dans tout le membre. Deux symptômes importants de la coxalgie véritable faisaient cependant défaut. Les mouvements de flexion sur le bassin, habituellement possibles, ne l'étaient pas; de plus, il n'y avait pas d'empatement à la région trochantérienne. Fallait-il diagnostiquer une coxalgie tuberculeuse, ce que semblait indiquer l'état général, ou une fausse coxalgie produite par une contracture des muscles pelvi-trochantériens, comme me portait à le croire l'absence des deux symptômes précédents?

Pressé de questions, le malade m'avoua avoir contracté la syphilis, il y avait six ans, chancre induré, accidents secondaires graves.

Dès lors, je rattachai les accidents coxalgiques à une contracture syphilitique des muscles du bassin, et je pensai que la phtisie pouvait être sous l'influence du tertiariisme. Peu après, je fus confirmé dans mon diagnostic par l'apparition d'une exostose au sacrum, et par la présence du sucre dans les urines (?) mais surtout par le résultat immédiat que me donna le traitement spécifique : iodure de potassium associé au bi-iodure de mercure, bains sulfureux.

M. X... est complètement rétabli aujourd'hui.

G.

SYPHILIS CÉRÉBRALE SUCCÉDANT A UN TRAUMATISME CÉPHALIQUE, par le
D^r CHEVALIER. (*Recueil d'ophtalmologie*, avril 1881.)

Il s'agit d'un homme qui fut atteint d'une paralysie de la troisième paire du côté gauche. Il n'avait jamais eu de rhumatisme ni de signe d'ataxie locomotrice, mais 9 ans auparavant, il avait eu un chancre qui mit trois semaines à guérir environ et fut suivi d'accidents : taches sur le corps, croûte dans les cheveux, maux de tête. Le traitement suivi à cette époque ne paraît pas avoir été bien sérieux.

Pendant 9 ans il n'éprouva plus rien ; il se maria il y a 3 ans ; eut une enfant qui est bien portante ; sa femme n'a jamais eu de fausses couches.

Il y a 7 mois, en montant sur un char, sans étourdissements préalables et par pure maladresse (le malade est très affirmatif sur ce point), il tombe et perd connaissance pendant une ou deux minutes. Il ressent des fourmillements aux doigts de la *main droite*, aux orteils *droits*, et une faiblesse de tout le même côté. Il se couche pendant une heure et c'est fini.

Mais un mois après, un soir, il se sentit mal à l'aise et fit venir un médecin. A ce moment, il a des étourdissements et perd connaissance. Le lendemain, il ne pouvait plus parler, il avait tous les membres paralysés, surtout à droite.

Quant cet accident lui arriva, comme avant le premier, il n'avait pas de maux de tête. Cependant, 8 mois plus tard, il en eut de violents, surtout la nuit, et il vit survenir sa paralysie du moteur oculaire commun, pour laquelle il consulta M. Galezowski.

M. Chevalier semble arguer de ce que le malade n'a pas eu de céphalée avant sa première chute, pour conclure que cette chute est accidentelle, et que ce n'est qu'après ce choc sur la tête que la syphilis s'est

développée, probablement une tumeur. Le traumatisme, selon la théorie de Verneuil, aurait agi là en réveillant la diathèse.

Il est difficile d'admettre, suivant nous, qu'une simple chute soit suivie de fourmillements dans les membres et de parésie, même passagère, après une perte de connaissance de quelques minutes : une commotion cérébrale produisant ces accidents n'aurait pas cessé aussi rapidement ses effets. Et, tout d'abord, rien n'indique que le malade soit tombé sur la tête. Il est plus rationnel d'admettre qu'il s'était fait là une première poussée dont la deuxième étape a été la compression du moteur oculaire commun du côté gauche. Le malade avait eu ses premiers accidents parésiques à droite, il y avait paralysie alterne, ce qui, joint à l'aphasie, fait penser aussitôt à une tumeur intra-crânienne, syphilitique ou autre.

FRACTURE DU FÉMUR PAR EFFORT MUSCULAIRE. — SYPHILIS PRÉSUMÉE.
(*Gazette hebdomadaire et Gazette des Hôpitaux*, 1880.)

Une jeune femme arabe, de seize à dix-huit ans, gaie, robuste, bien portante, se préparait, lors de la visite hebdomadaire des filles publiques de Batna, en Algérie, à monter sur le lit d'examen au spéculum, lorsqu'en se soulevant du siège où elle était assise, elle poussa tout à coup un cri et tomba entre les mains de l'infirmière du dispensaire. Elle venait de sentir un craquement et la cuisse droite était fracturée au-dessous de sa partie moyenne, mais un peu trop haut pour qu'il s'agît simplement d'un décollement de l'épiphyse. La crépitation et la mobilité n'étaient pas considérables, mais suffisantes pour que la fracture fût hors de toute contestation.

La fracture s'était produite sous mes yeux, dit M. le docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce, qui en rapporte l'observation, sans que la malade, qui venait de fournir sans peine une course d'un kilomètre quelques instants auparavant, eût fait le moindre faux pas en essayant de monter sur le lit. Les degrés de l'escabeau avaient la hauteur de 0^m,30 environ, et c'est pendant l'effort des muscles de la cuisse droite que la fracture avait eu lieu, sous l'influence de la contraction musculaire et du poids du corps.

La malade, transportée immédiatement à l'hôpital, dans le service de M. Vallin, un appareil fut posé, et la guérison eut lieu dans le délai habituel, sans raccourcissement, ni claudication appréciables; deux mois plus tard, elle quittait l'hôpital reprenant bientôt son métier à Biskra.

Cette femme, examinée et interrogée avec soin, au point de vue des antécédents morbides, n'était ni cancéreuse ni, en apparence, de souche cancéreuse. La première pensée de M. Vallin fut qu'elle était syphilitique, d'autant plus qu'elle appartenait à cette tribu des Ouled-Naïl qui alimente presque exclusivement la prostitution dans toute l'Afrique, et où les jeunes filles de quatorze à vingt ans vont toutes gagner leur dot en se livrant à ce commerce; c'est une tradition, et, chose étrange dans ce pas où l'on garde les femmes avec un soin si jaloux, aucune infamie ne s'attache aux femmes qui, dans leur jeunesse, ont mené ce genre de vie. Elles ont donc de fréquentes occasions de contracter la syphilis. Néanmoins, l'examen minutieux et répété maintes fois par le docteur Vallin, ne fit découvrir, chez sa malade, aucune trace de cicatrices, ni adénopathies, ni exostoses suspectes, ce qui ne prouve cependant nullement qu'elle n'avait pas eu antérieurement la syphilis.

M. Vallin, admettant difficilement des accidents tertiaires chez une fille aussi jeune, et chez laquelle on ne découvrirait aucune autre manifestation, croit pouvoir attribuer cette fragilité anormale des os à une diathèse syphilitique héréditaire. Cette jeune fille, d'ailleurs, n'était ni scorbutique, ni anémique, ni cachectique, ni diabétique; loin de là, elle était parfaitement développée, vigoureuse, bien réglée et d'une dentition superbe et correcte. G.

MALADIES VÉNÉRIENNES

DE L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE. (*Revue de thérapeutique.*)

La fréquence des arthrites blennorrhagiques est bien plus considérable chez les sujets qui n'ont point encore atteint l'âge de 25 ans; les statistiques le démontrent. Mais quelle est la cause de cette manifestation blennorrhagique? Ici les opinions varient. Les uns y voient le résultat d'une débilitation organique mettant le malade dans un état d'opportunité morbide tel que la diathèse rhumatismale s'éveille. Les autres élèvent la blennorrhagie au rang d'une maladie diathésique ayant la localisation articulaire comme une de ses manifestations. Nous ne ferons que rappeler les théories de l'identité du rhumatisme blennorrhagique et du rhumatisme ordinaire, celle de l'action réflexe, du virus blennorrhagique, celle de la sympathie et celle de la métastase. Le Dr Duboc,

qui a consacré à l'étude de cette question son travail inaugural, donne d'après son maître, M. Desprès, une séduisante interprétation de l'arthrite dont il a suivi les manifestations sur le poignet.

Il est admis que toutes les causes d'affaiblissement en général, les mauvaises conditions hygiéniques, les fatigues excessives sont capables d'engendrer la périostite chez les jeunes sujets : la blennorrhagie, qui peut revendiquer le titre d'affection débilitante, produit les mêmes effets et donne naissance à des lésions du périoste qui, d'après Fournier, auraient parmi leurs sièges de prédilection l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. La propagation de l'inflammation à l'article est singulièrement facile. Enfin, avant l'âge de 25 ans, les cartilages épiphysaires sont le siège d'une vascularisation et d'un fonctionnement organique considérables : qu'il survienne une altération de la nutrition générale, et à la moindre cause occasionnelle un trouble se produisant dans les conditions de vitalité des épiphyses, l'ostéo-périostite s'éveille et l'arthrite, par propagation inflammatoire, se manifeste. Si l'affection se localise si souvent dans le poignet droit, cela tient à l'exercice plus considérable de la main droite.

On le sait, l'arthrite blennorrhagique serait une affection secondaire aiguë et par propagation. Chez les personnes âgées, cette explication n'était plus plausible, mais l'auteur fait remarquer que dans ces cas, l'affection n'est plus limitée à une seule articulation et qu'il est très probable que c'est là le réveil d'une diathèse préexistante.

La médication qui paraît avoir été la plus encourageante est l'emploi d'un vésicatoire volant aidé de la compression obtenue à l'aide d'un appareil ouaté. Les pointes de feu très douloureuses en ces circonstances, n'ont point donné les résultats que l'on était en droit d'espérer. L'immobilisation complète paralyse tout mouvement douloureux et favorise la résorption des liquides épanchés. Enfin, comme on se trouve en présence d'une affection éminemment débilitante, on doit surveiller avec soin l'alimentation et la compléter par des toniques. 6.

DE L'ORCHITE ÉPIDÉMIQUE. — M. HELLER. (*Paris-médical.*)

L'auteur a observé en 1876, à l'hôpital militaire de Dantzick, 29 cas d'orchite sur des soldats en quelques semaines. Aucun n'avait de blennorrhagie ni de syphilis. Sur trois d'entre eux, le mal pouvait être attribué à une contusion ; sur dix autres, il y avait des oreillons, et, sur les seize derniers, la parotide n'avait pas été malade. On put croire

en raison de l'épidémie, à des *orchites d'oreillons* sans oreillons, comme nous voyons si souvent des angines scarlatineuses sans éruption de scarlatine. Heller a eu l'occasion de revoir plus tard dix de ces malades et cinq fois le testicule était atrophié.

Ces faits sont très curieux et s'il n'est pas permis d'en tirer des conclusions formelles sur la nature de ces orchites, ils doivent être pris en grande considération.

A ce sujet, Heller dit qu'un professeur de chirurgie de Berne a fait connaître la nature des oreillons qu'il rapporte à une inflammation de la muqueuse buccale. C'est un fait publié en France, par M. Bouchut et peu après par M. Crocq, de Bruxelles.

Dans son traité des *maladies des enfants*, M. Bouchut signale la phlegmasie catarrhale de la bouche et du canal de Sténon qui se ferme comme la cause d'une rétention salivaire amenant les oreillons simples. La même cause, dans les maladies graves ou typhoïdes, produit les oreillons septicémiques. Par cette démonstration d'anatomie pathologique, le mystère qui couvrait la nature des oreillons a été dévoilé. G.

REVUE ÉTRANGÈRE

DERMATOLOGIE

ANATOMISCH-PHYSIOLOGISCHE VORSTUDIEN DU EINER KÜNFTIGEN ONYCHOPATHOLOGIE (ÉTUDES PRÉLIMINAIRES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES POUR UNE ONYCHOPATHOLOGIE FUTURE), par le Dr P.-G. UNNA.

I. Le plateau unguéal.

Dans tous les traités de dermatologie on s'est à peine occupé des affections des ongles. La plupart des auteurs se bornent, après avoir énuméré les anomalies les plus fréquentes sous le rapport de la couleur et de la forme, à indiquer les maladies de la peau dans lesquelles on rencontre ces altérations. Mais on sait, en général, peu de chose sur le rapport qui existe entre ces deux lésions, ou, ce qui n'est pas moins fâcheux, on sait que dans une seule et même maladie de la peau on observe des déformations des ongles de nature très différente et paraissant même contradictoires au premier abord, comme l'atrophie ou l'hypertrophie, l'amincissement ou l'épaissis-

sement, une friabilité ou une dureté anormales; d'autre part, on trouve une seule et même onychie dans des processus d'origine différente. On ne possède, en un mot, que très peu ou même point de descriptions précises des maladies de l'ongle. Il est vrai qu'il y a quelques exceptions dignes d'être mentionnées; ainsi on est redevable à Virchow d'une étude sur l'onychogryphose, à des médecins français de celle des diverses formes de l'onychie syphilitique, etc.

Si la connaissance des maladies des ongles est moins avancée que la moyenne de nos connaissances en dermatologie, cela tient à ce que nous ne savons que d'une façon incomplète l'anatomie et la physiologie normales de l'ongle. Des notions précises sur la structure et la fonction de chacune des parties de cet organe doivent naturellement précéder l'explication des phénomènes pathologiques qui se produisent sur les ongles et leur description.

Même parmi les histologistes de profession on n'est nullement d'accord sur le siège de la matrice de l'ongle, néanmoins il importe dans l'intérêt des progrès cliniques de mettre d'accord les dermatologistes sur quelques faits généraux, essentiels en onychopathologie.

Mais avant tout il faut indiquer d'une manière précise quelles sont les différentes parties constituantes de l'ongle normal. Ces éléments constitutifs deviennent-ils malades, et d'une façon isolée? Quelles sont les affections qui envahissent en même temps, ou consécutivement plusieurs éléments de l'ongle? Au nombre des parties constituantes de l'ongle, la plus importante est le plateau proprement dit, et ce qui jusqu'à présent a été une des plus grandes causes de confusion, c'est qu'on ne le différencie pas suffisamment des gaines cornées voisines. Que penserait-on d'un pathologiste qui confondrait la gaine interne avec la couche corticale du poil, ou qui dans l'étiologie et la description des processus pathologiques, ne les séparerait nettement? Mais la même erreur est assez souvent commise alors qu'on parle des affections du lit de l'ongle, comme si elles se produisaient dans l'ongle proprement dit. Aussi l'auteur donne-t-il tout d'abord la définition histologique exacte du plateau proprement dit de l'ongle. Il le désigne ainsi : le segment corné de l'ongle qui naît de la couche épineuse (1) de toute la matrice de l'ongle, c'est-à-dire de la surface du pli unguéal tout entier jusqu'au bord antérieur de la lunule, commence en biseau dans la portion la plus postérieure de la rainure, s'y épaissit rapidement, et après avoir dépassé la lunule ne reçoit plus de nouveaux éléments, mais quitte la rainure unguéale et s'avance en modelant sa forme sur celle du lit de l'ongle par une poussée continue pour se recourber ensuite en forme de griffe au delà de la pulpe sous-unguéale, et à une faible distance du lit qu'il vient de quitter, subit une desquamation et un affilement permanents.

Après le nouveau travail très intéressant de H. Hebra, et principalement l'étude des rapports des vaisseaux de la matrice et du lit de l'ongle, l'auteur peut considérer comme définitivement admise la proposition qu'il a défendue en 1873, présentée, du reste, antérieurement par Reichert et Ammon : l'ongle proprement dit ne reçoit aucun supplément du lit de l'ongle. Les opinions de H. Hebra et celle de l'auteur diffèrent seulement en ce qui concerne le volume et la forme de la matrice sur le terrain de la rainure. Tandis que

(1) C'est-à-dire formée de cellules malpighiennes épineuses, pourvues de pointes de Schulze.

Unna avait réclamé pour elle tout le territoire occupé par la rainure jusqu'à la limite antérieure de la lunule, Hebra ne considère comme matrice que la partie la plus postérieure, c'est-à-dire la plus externe de la rainure en tant qu'elle porte des papilles; la portion antérieure bi-convexe dépourvue de papilles qui correspond spécialement à la lunule ne doit être nullement en rapport avec la formation des cellules proprement dites de l'ongle; la fonction de cette partie paraît à ce médecin encore inexpliquée.

« La matrice, dit-il, ne peut (?) être que la partie pourvue de papilles du « lit de l'ongle; quant à la portion qui se trouve entre les deux limites « en forme de croissant il n'y a pas de papilles, par conséquent (!) le nom « de matrice ne peut lui être donné. Dans mes recherches, il m'a été impossible de découvrir quel peut être le rôle de cette partie du lit de « l'ongle. » Cette prétendue impossibilité qu'une surface sans papilles puisse être la matrice de l'ongle, l'auteur la repousse *a priori*. Qu'on se rappelle qu'il y a quelques années encore on considérait comme impossible la naissance et la croissance ultérieure des poils sans papilles, ce qui, d'après les recherches de Götte, Schöbl, Unna, Schulin et Schulze, ne laisse plus aucun doute. L'auteur rappelle, en outre, que chez le nouveau-né le terrain de la rainure ne porte pas de papilles; il peut d'ailleurs affirmer complètement que la rainure se divise assez nettement en segment postérieur portant des papilles et en segment antérieur sans papilles, et que le segment antérieur se termine en avant en même temps que la lunule; P. Unna a, du reste, déjà communiqué ce fait à M. le professeur Waldeyer en décrivant la partie postérieure de la rainure comme un « segment en forme de fer à cheval portant des papilles ». Mais en même temps il croyait aussi avoir démontré que précisément ces papilles et les prolongements épithéliaux qui leur correspondent ne se forment que longtemps après la naissance; ils manquent toujours pendant la vie fœtale et se développent chez l'adulte à des degrés très variables suivant les individus, en sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer là le foyer principal de la formation des cellules de l'ongle. Dans les préparations au picro-carmin et à l'osmium, le segment bi-convexe de Hebra se distingue par une coloration particulière de la couche épineuse, qui atteint ici une épaisseur considérable; c'est précisément cette partie qui apporte invariablement, depuis le début de la première formation de l'ongle chez l'embryon jusqu'à la fin, un complément important au plateau proprement dit de l'ongle; aussi la description de Hebra, loin de dissuader Unna, ne fait que le confirmer dans cette opinion. La très instructive étude de H. Hebra dans laquelle il est dit que, après le gonflement dans l'acide acétique, il est impossible de pousser une sonde jusque dans la lunule sans déchirer des parties organiquement homogènes, montre clairement que l'ongle qui prend ici sa racine est en quelque sorte recourbé en avant à partir de ce point.

Qu'on s'imagine, dit Unna, la matrice de l'ongle, représentée par l'espace circulaire qu'occupe une gerbe de blé. Les épis sont tous de longueur égale et à chacun d'eux correspond une bandelette de cellules cornées, partant d'un point de la matrice. Cette gerbe est renversée par le vent dans une direction déterminée, le corps de la gerbe qui repose sur le sol constituera le plateau de l'ongle. A la pression du vent correspond en réalité la résistance du toit de la rainure, lequel force les cellules unguéales à se répandre en avant par une fente étroite. Chaque tige renversée montre la voie par laquelle chaque cellule de l'ongle, arrive jusqu'au bord antérieur et on voit

alors immédiatement que les cellules qui se trouvent sur le bord antérieur de la lunule, une fois arrivées au bord antérieur de l'ongle, apparaîtront sur la surface inférieure de celui-ci, tandis que les épithéliums qui sont placés sur le segment postérieur, portant des papilles, représentent les couches unguéales les plus superficielles. En outre, il est facile de comprendre que les pointes des épis considérées comme ayant la même longueur, une fois renversées, circonscrivent de nouveau une surface arrondie, correspondant à la forme du terrain sur lequel les épis se sont développés; en d'autres termes, ce n'est pas l'ongle coupé transversalement en avant qui porte sur sa surface de section les épithéliums qui correspondent à une génération déterminée de cellules de l'ongle, mais ces dernières sont répandues sur une surface, qui, à l'intérieur de la substance du plateau de l'ongle, s'incline d'arrière en avant et de haut en bas. L'auteur désigne cette surface sous le nom de *plan de couche de l'ongle* (*Schichtungsebene des Nagels*).

Si le pathologiste ne perd pas de vue l'image précédente, il n'hésitera jamais sur la région qu'il devra assigner comme le centre d'une affection se manifestant par une anomalie du plateau proprement dit. Par contre, à propos de certaines altérations de tout le plateau de l'ongle, il est essentiel de se rappeler le plan de couche. Il est bien évident que l'inclinaison de ce plan vers le feuillet unguéal ou l'angle que les deux surfaces forment est en rapport constant avec l'épaisseur de l'ongle.

Pour plus de clarté, l'auteur renvoie aux schémas (fig. I A et B). B corres-

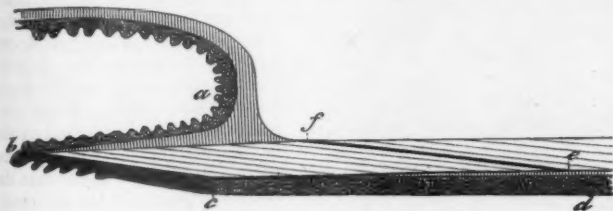


Fig. 1 A.

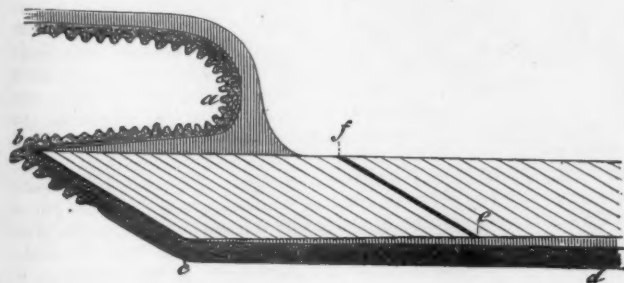


Fig. 1 B.

pond à des conditions telles qu'on les observe dans des ongles forts et épais d'individus adultes, du sexe masculin.

Dans ces cas, la rainure de l'ongle *abc* forme une poche ouverte, l'angle *bc* est relativement obtus, la matrice de l'ongle *bc* s'incline assez obliquement vers le lit de l'ongle *cd*. Ici le plan de couche, qui est indiqué par la hachure, est incliné vers *cd* à peu près sous un angle de 45 degrés (angle *sec*), par conséquent, son diamètre sagittal *fe* est faible en comparaison de l'épaisseur considérable de l'ongle. Il en est tout autrement dans le schema I, A, qui peut correspondre à l'ongle d'un doigt de femme adulte. Ici la rainure forme une fente étroite, l'angle *abc* est beaucoup plus aigu, la matrice *bc* n'est presque qu'un prolongement du lit de l'ongle dans le même plan. Ici le plan de couche forme avec le lit de l'ongle un angle très aigu (angle *sec*) et son diamètre sagittal *fe* est relativement long rapport à l'épaisseur de l'ongle tout entier. Il est donc certain que l'inclinaison de la matrice vers le lit unguéal représente un facteur qui influe principalement sur l'épaisseur de l'ongle; il sera plus tard question d'un autre facteur du même genre. L'auteur voulait seulement indiquer ici que l'inclinaison de la matrice vers le lit de l'ongle dans les conditions pathologiques les plus habituelles (comme des infiltrations diffuses ou circonscrites du derme, non seulement sous la matrice, mais aussi en dessous du lit de l'ongle) éprouve des modifications, qui expliquent déjà que dans ces affections fréquentes (eczéma, psoriasis, syphilis), on observe aussi bien l'amincissement que l'épaississement. On a plus rarement besoin de couper le bord de l'ongle épaissi par l'inclinaison plus forte du plan de couche malgré une prolifération égale de la matrice que celui de l'ongle aminci, ou comme on dit habituellement, mais à tort : « le premier croît plus lentement » que le dernier. Il faut surtout insister sur ce point, car on pourrait répliquer : à prolifération égale, les cellules de l'ongle sont poussées en même quantité entre deux plans de couche également éloignés l'un de l'autre dans l'ongle épaissi et dans l'ongle aminci d'après ce théorème que des parallélogrammes doivent être égaux, quand ils ont la même hauteur (égale dans les deux cas à la distance des deux plans de couche) et la même base (égale dans les deux cas à la longueur de la matrice de l'ongle considérée comme également grande). Cette objection est parfaitement exacte, mais elle n'est pas à sa place ici, vu que l'on coupe l'ongle non pas suivant des plans de couche, mais en pratiquant des sections transversales périodiques et artificielles. Au lieu des parallélogrammes obliques de même base et de même hauteur, on détache, pour rester dans la même image mathématique, des parallélogrammes à angles droits artificiels dont l'aire, pour les deux espèces d'ongle, est égale, mais qui n'ont ni la même base ni la même hauteur, et qui diffèrent en ce que à l'ongle, plus aminci correspond la plus grande hauteur (avec la plus petite base); c'est pourquoi celui-ci dépasse plus souvent le sommet du doigt et doit être coupé plus fréquemment. Cette circonstance, autant que l'auteur peut le savoir, a été tout à fait négligée jusqu'à présent. On a tout simplement identifié la possibilité de pouvoir couper plus souvent le bord de l'ongle avec sa croissance plus rapide et on a cru que cette dernière tenait à une prolifération plus

(1) Ce toit ou eponichium (Unna) est formé par l'épiderme corné qui, chez le fœtus de moins de 6 mois, passe en avant du plateau ou limbe embryonnaire lui est incluse dans l'épiderme et cachée par lui comme par un manteau, chez l'adulte, son rudiment est formé par la lamelle cornée qui fait suite au derme sus unguéal (périonyx d'Arloing).

fort
les
null
L
sur
bien
Il r
fant
post
plus
jusq
mis
prol
a lie
avoi
dans
dan
Po
pas
sa r
avan
redo
rem
téro
de c
dern
poin
leme
dout

laqu
fago
com
rayo
repr
temp
q', o
tion
un e
Or
de e
cela

forte de la matrice. Le fait que les ongles des pieds « croissent d'ordinaire plus lentement » que ceux des mains, s'explique en grande partie par les circonstances indiquées ci-dessus. Naturellement l'auteur ne conteste nullement les anomalies proprement dites de croissance de la matrice.

L'auteur a, jusqu'à présent, admis la rapidité de croissance comme égale sur toute la matrice. Cette hypothèse n'est pas *a priori* absolue et probablement elle n'est juste que pour une partie de l'ongle normal de l'adulte. Il résulte des premières recherches de l'auteur sur les ongles des enfants qu'on trouve chez ceux-ci un développement graduel de la partie postérieure de la rainure, de telle façon que des enfoncements épithéliaux plus forts et des formations papillaires correspondantes se développent jusqu'au point indiqué par Hebra pour l'adulte. Actuellement il est permis d'admettre que dans la portion la plus postérieure de la matrice, une prolifération épithéliale plus rapide, c'est-à-dire une formation de l'ongle, a lieu en vertu de l'afflux particulièrement riche du sang, du moins elle peut avoir lieu, et cela vaut la peine de rechercher comment l'ongle est arrêté dans un développement plus rapide dans le segment postérieur de la matrice.

Pour simplifier la question, l'auteur pense que pour le moment, il ne s'agit pas d'une croissance continue plus forte, mais que l'ongle qui a continué sa marche jusqu'au plan de couche *ef* (fig. II A) est poussé brusquement en avant d'une manière différente. Si la prolifération sur la matrice de l'ongle redouble tout à coup en *b*, et si cette augmentation anormale diminue régulièrement sur l'espace *bc* vers *c*, jusqu'à ce qu'elle atteigne en *c* la valeur de zéro, alors, dans une certaine unité de temps, le point *f*, qui est poussé hors de *c*, arrivera en *h*. Mais où est arrivé dans le même temps le point *e*? ce dernier reste naturellement très adhérent en rapport non seulement avec les points qui suivent de la ligne *be*, mais aussi avec les points adhérents latéralement avec lesquels il contribue à former la ligne *ef*. En conservant ce double rapport, le point *e* se trouvera après le même laps de temps, après

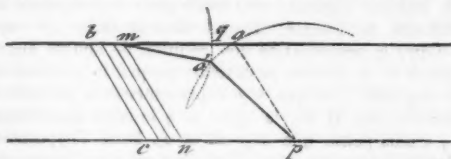


Fig. 2 A.

Lequel est arrivé en h , non en g mais en g' . On trouve la place de g' de la façon suivante : on trace des arcs cercle de h comme centre avec une longueur hg comme rayon, et de e comme centre avec une longueur $2fh = 2eg = ei$ comme rayon ; g' est donc le point du g , intersection des deux arcs de cercle et $g'h$ représente le nouveau plan de couche du plateau de l'ongle après le laps de temps donné. On voit immédiatement que dans cette détermination du point g' , on a rempli les deux conditions : 1° que la ligne $gh = ef$ continue à fonctionner en forme de $g'h$ et 2° que le point e parcourt dans le même temps un espace double ($eg' = ei - 2fh$) comme $f(hh)$.

On peut définir tout processus comme un véritable redressement du plan de couche (il quitte la position $h\ g$ pour prendre la position $h\ g'$) qui, comme cela est évident, doit entraîner un épaississement du plateau de l'ongle. Il

est à présent facile de reconnaître qu'une semblable prolifération plus forte en *b*, si elle persiste d'une manière continue, doit produire un épaississement graduel s'étendant sur le plateau tout entier de l'ongle, si au contraire elle fait de nouveau place au bout de peu de temps à l'état normal, elle ne détermine qu'un épaississement temporaire de l'ongle proprement dit, c'est-à-dire donne lieu à un renflement transversal plus ou moins large de celui-ci.

C'est donc ainsi que peuvent se former de véritables épaississements du plateau de l'ongle sur certaines parties de la matrice par suite d'une croissance accélérée que l'on observe d'abord sur la région du lit de l'ongle, par conséquent entre la sortie de l'ongle sur la rainure et le bord unguéal antérieur. Il faut naturellement les distinguer avec soin des faux épaississements du plateau de l'ongle qui ne sont produits que par une saillie, c'est-à-dire par un épaississement de la couche cornée du lit de l'ongle et appartiennent au domaine de l'onychogryphose. Il y a certainement, dit l'auteur, de semblables ongles dans lesquels par une rainure relativement étroite, par conséquent non modifiée par l'inclinaison de la matrice de l'ongle, on voit sortir un plateau unguéal qui s'épaissit d'une manière constante, et il lui a semblé que ces ongles rentrent encore dans le cadre des ongles sains; on peut en déduire que dans les ongles normaux on trouve quelquefois une croissance plus forte dans la partie postérieure de la matrice. Mais l'auteur ne peut pas accorder, ce qui est admis par quelques histologistes, que le plateau de l'ongle lui-même soit toujours plus aminci à la lunule que sur le bord antérieur; presque dans tous les cas il l'a trouvé chez les adultes, également épaissi à la lunule, ainsi que sur le bord antérieur. Il en résulte que un échange nutritif périodique dans le segment postérieur de la matrice doit amener sur la surface du plateau de l'ongle une série correspondante de renflements transversaux avec des dépressions ou des sillons ayant la même direction et placés dans leurs intervalles.

Comme on l'a vu ci-dessus, une rapidité de croissance irrégulièrement répartie sur la matrice unguéale peut avoir pour conséquence une déformation très habituelle de l'ongle; il vaut donc la peine de supposer le cas inverse c'est-à-dire la prolifération des cellules de l'ongle augmentant constamment à partir de la portion postérieure jusqu'à la terminaison antérieure de la matrice unguéale; la ligne *np* représenterait à peu près le bord antérieur de la matrice (fig. II B), la ligne *mq* le bord postérieur, cette dernière est de *qo* plus petite que *np* ($= mo$). Dans l'hypothèse nécessaire de la continuité dans tous les sens, il est évident que le plan de couche qui serait arrivé en *po*, si la couche supérieure de l'ongle et la couche inférieure croissaient d'une manière égale, se trouverait dans la situation *po*, c'est-à-dire si *o* est le point d'intersection de deux cercles dont l'un est

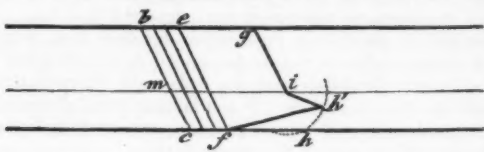


Fig. 2 B.

décrit avec le rayon *mq* partout de *m* comme centre et l'autre avec le rayon *op* partout de *p* comme centre (fig. II B). On voit que par suite du

développement plus rapide des couches inférieures, il se produit une dépression du plan de couche vers la matrice et un amincissement du plateau de l'ongle correspondant. Si l'anomalie supposée ici du segment antérieur de la matrice se maintient d'une manière continue, il en résulte un amincissement graduel du plateau de l'ongle qui se fait sentir à partir de la rainure et s'étend en augmentant graduellement sur le lit unguéal jusque sur le bord antérieur. L'auteur n'a observé que dans des cas pathologiques cet amincissement en opposition à l'épaississement dont il a été question précédemment. Un développement intermittent de la prolifération sur le bord antérieur de la matrice aura pour conséquence une diminution des sillons primaires, transversaux sur la surface du plateau de l'ongle, qui sont séparés par des dépressions transversales secondaires.

Un instant de réflexion suffit pour constater que le même résultat qui est déterminé par la croissance accélérée du segment postérieur de la matrice, se produira aussi dans la partie antérieure de la matrice par une croissance ralentie, c'est-à-dire un redressement du plan de couche et un épaississement de l'ongle, tantôt d'une façon continue, tantôt intermittente. En outre une croissance ralentie dans le segment postérieur doit avoir pour conséquence une dépression du plan de couche avec amincissement de l'ongle.

Jusqu'à présent on n'a admis que des valeurs relatives pour la rapidité de croissance aux deux pôles de la matrice. Mais il importe essentiellement de constater que les mêmes difformités du plateau unguéal peuvent être provoquées par des causes aussi diverses que des états hyperplasiques et atrophiques de la matrice, pourvu que ces états n'atteignent que des parties différentes quant à leur siège.

L'auteur passe ensuite des altérations totales aux altérations partielles de la croissance de l'ongle. Ici se présente un nombre presque illimité de déformations du plateau unguéal; elles sont dues tantôt à la situation, à la grandeur et à la forme du district de croissance anormale, tantôt à la manière dont il se perd dans les parties environnantes, tantôt à leur nombre. Pour mettre un peu d'ordre dans ce chaos, l'auteur fait tout d'abord une supposition qui se réalise presque toujours : la portion anormale disparaît petit à petit dans la partie saine environnante; puis il met en évidence trois points déterminés à l'intérieur de la matrice de l'ongle; il étudie les conséquences que la maladie entraîne pour la structure du plateau unguéal.

Ces points typiques choisis par l'auteur sont les suivants : 1° une région sur le bord postérieur de la matrice; 2° une zone moyenne; 3° la partie du bord antérieur qui est près de la limite antérieure de la lunule.

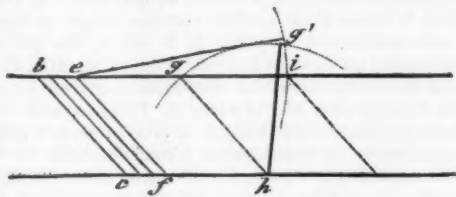


Fig. 3 A.

1. Soit $b m$ (fig. III A) la couche de l'ongle qui provient de la partie du bord postérieur poussé en avant rapidement que le reste de l'ongle $m c a$

partir du plan de couche $e f$ par une prolifération plus forte. Le reste de l'ongle étant arrivé en $i h$, elle ne se trouvera pas en $g i$, mais en $g' i$. Le plan de couche est donc partiellement redressé, c'est-à-dire brisé, ou dans l'hypothèse d'une transition graduelle courbée dans les parties saines de l'ongle $m c$, et en réalité la concavité du nouveau plan de couche a lieu en avant. L'ongle tout entier est par suite naturellement un peu épaissi.

2. Si la partie de la matrice de l'ongle qui a une croissance plus active se trouve au bord antérieur, le plan de couche est partiellement déprimé, courbé dans la totalité et la concavité dirigée en avant. Ici les cellules de l'ongle de la couche unguéale inférieure se détacheraient du lit de l'ongle si elles n'étaient pas solidement encastrées dans celui-ci. Mais la dépression partielle du plan de couche entraîne ainsi un léger amincissement de l'ongle tout entier (fig. 3 B).

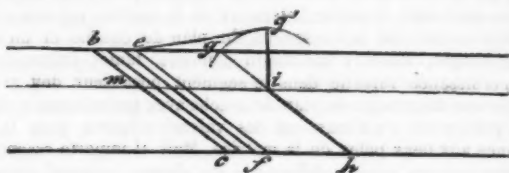


Fig. 3 B.

3. Le troisième cas en apparence plus compliqué dans lequel la zone à croissance plus active correspond à une couche moyenne du plateau de l'ongle, peut s'analyser facilement si l'on s' imagine l'ongle fendu en deux ongles placés horizontalement l'un sur l'autre. Une partie de la zone moyenne poussée plus rapidement formera alors la couche la plus inférieure de l'ongle supérieur, une autre partie formera la couche la plus supérieure de l'ongle inférieur. La première subira une dépression du plan de couche, la dernière un redressement. C'est ainsi que le problème est ramené aux deux précédents. Il est évident que dans la combinaison des deux moitiés de l'ongle, le plan de couche formera une saillie dont la convexité est dirigée en avant et dont le sommet n'est pas exactement sur la ligne de séparation des deux moitiés de l'ongle, mais à l'intérieur de la moitié supérieure.

L'auteur ne croit pas qu'il soit nécessaire de décrire plus exactement l'intervention des cas spéciaux indiqués ci-dessus, et de montrer que dans une croissance ralentie des couches supérieures ou inférieures de l'ongle le plan de couche prend la forme d'une surface convexe dirigée en avant, présente au contraire une concavité à la place de la saillie, dès que la croissance des couches moyennes est en retard. Il est toutefois essentiel de remarquer que la courbure des concavités et des convexités augmente lorsque la cause persiste et cela d'autant plus que la partie de l'ongle avance sur le lit unguéal. S'il existe plusieurs foyers distincts de prolifération, le plan de couche présente des courbures correspondantes. L'épaississement ou l'amincissement du plateau unguéal par courbures ne dépend naturellement que de la résultante positive ou négative de tous les redressements et dépressions. Toutefois la signification pathologique du plan de couche ne consiste nullement en ce qu'il forme un chaînon idéal entre les processus pathologiques sur la matrice et les difformités pathologiques du plateau de l'ongle, mais on le voit souvent d'une façon grossière lorsqu'une poussée intermittente de

la matrice engendre un plateau de l'ongle disposé comme les couches superposées d'une écaille d'huitre ; on peut alors déterminer, même à l'œil nu, la forme du plan de couche. On rencontre ce processus dans beaucoup de maladies, principalement dans des maladies fébriles, il indique toujours des fluctuations dans la nutrition de la matrice. Lorsque celle-ci subit de temps à autre un affaiblissement, la poussée de épithéliums jeunes diminue, la kératinisation descend plus profondément que d'ordinaire sur la matrice elle-même et comme les épithéliums anciens sont plus amincis que les jeunes, la pression normale du tissu comprimerait les parties environnantes de tout le contenu diminué de la rainure ; puis un ongle aminci par places sort par la rainure étroite, jusqu'à ce que la production de nouveau activée donne lieu à la dilatation de la rainure et à l'épaississement du plateau de l'ongle.

Les observations faites jusqu'à présent démontrent que l'on ne peut plus aujourd'hui considérer simplement les épaississements de l'ongle comme des hypertrophies et les amincissements comme des atrophies.

Que doit-on à proprement parler désigner comme hypertrophie et atrophie des ongles ? Ces états existent-ils réellement ?

S'il s'agit de l'hypertrophie d'un tissu quelconque, on songe immédiatement à une production exagérée de ce tissu par voie normale ; cependant on ne doit jamais perdre de vue qu'il s'agit ici d'une néoformation qui l'emporte, tout à la fois sur la désagrégation du tissu et sa résorption. Réciproquement l'atrophie est la prédominance de la désagrégation du tissu et de la résorption sur la néoformation. Ce qui dans les tissus sanguins est la désagrégation et la résorption, est pour les épithéliums la desquamation. Lorsqu'on parle ici d'hypertrophie vraie, on entend l'augmentation de volume par l'excédent de la production de nouvelles cellules sur la desquamation ; il y a atrophie, si la desquamation l'emporte sur la néoformation d'épithéliums jeunes. Voici quelle est la genèse du plateau de l'ongle : les cellules qui le composent maintiennent d'une façon particulière leur connexion dans une mesure supérieure à celle des cellules cornées anciennes et elles se dérobent ainsi pendant très longtemps à la desquamation. Il forme, si l'on veut préciser la définition, déjà une hypertrophie de la couche cornée des épithéliums de la matrice (on aurait le droit de trouver également le caractère du poil dans une hypertrophie de la couche cornée). Mais on voit en tout cas combien il est difficile de démontrer une véritable hypertrophie « dans cette hypertrophie de la couche cornée normale », il est au contraire certain qu'il existe une véritable atrophie de celle-ci, c'est-à-dire une dissociation précoce anormale et une desquamation des cellules de l'ongle sur son bord libre, avant que celles-ci aient acquis leur adhérence par leur développement régulier. On ne pourrait admettre une hypertrophie vraie que dans le cas où l'ongle commencerait à se dissocier seulement bien au delà de la pulpe du doigt, après avoir dépassé sa longueur typique, et il existerait ici par conséquent une véritable hypertrophie du plateau de l'ongle, parce que la transformation des épithéliums jeunes en cellules unguéales aurait lieu en plus grande proportion que la desquamation des cellules unguéales anciennes. Une semblable anomalie, qui apparaît en effet, quoique rarement isolée, et qui aboutit essentiellement à une soudure plus intime des cellules cornées arrivées à l'état parfait, n'encouragera probablement pas ceux qui étaient habitués à considérer jusqu'à présent les épaississements du plateau de l'ongle comme des hypertrophies, à conserver la notion d'une hypertrophie.

L'auteur croit cependant avoir démontré, en ce qui concerne les hypertrophies, qu'elles ne représentent que des difformités, des transformations de la substance unguéale qui ne permettent pas d'admettre une production plus considérable des cellules unguéales.

On a vu que déjà une forme modifiée de la rainure de l'ongle, et même certaines processus qui se passent tout à fait en dehors de lui, par exemple une cicatrice qui rétrécit ou élargit la rainure, suffisent pour « refondre » ultérieurement le plateau de l'ongle. Les épithéliums qui se transforment en cellules unguéales constituent précisément un matériel plastique qui reproduit fidèlement comme moulage les détails de la forme de la poche de l'ongle. On sait en outre qu'il survient des épaisissements du plateau de l'ongle dans lesquels une prolifération cellulaire, anormalement active joue sur la matrice un rôle décisif. Mais en premier lieu une production augmentée de cellules n'autorise pas à admettre la notion de l'hypertrophie, s'il ne s'y joint pas une desquamation relativement diminuée occasionnant l'augmentation de masse ; mais il n'est pas question ici de cette dernière. D'autre part un fait nous met en garde contre la tendance de parler dans cette occasion d'une façon peu claire de l'hypertrophie, c'est qu'une diminution dans la production des cellules peut provoquer sur d'autres points de la matrice un épaisissement du plateau de l'ongle, et qu'au contraire une augmentation dans la production des cellules a quelquefois pour résultat un amincissement de l'ongle, une atrophie visible. Il en résulte donc que les notions hypertrophie et atrophie unguéales proprement dites doivent être très restreintes et ne doivent pas de longtemps jouer le même rôle, que dans d'autres tissus, et qu'on leur assignait jusqu'à présent en dermatologie. On fera bien au contraire de comprendre toutes les anomalies dont il a été question sous un nom spécial : difformités du plateau de l'ongle. L'auteur entend par difformités, toutes les modifications de forme du plateau unguéal qui agissant en même temps que le développement des couches, déterminent un épaisissement partiel ou total du plateau de l'ongle ; que celles-ci soient produites par une cause externe (changement de situation de la matrice vers le lit de l'ongle par des affections du tissu conjonctif, modification de la forme de la rainure par des processus ayant pour siège le tissu conjonctif sous et sus-unguéal, le périoste et les os de la phalange), soit qu'elles soient amenées par prolifération sur la matrice elle-même. L'auteur sépare avec soin de celles-ci toutes les difformités très visibles qui ne consistent pas seulement en une modification du plateau de l'ongle, mais proviennent des anomalies des couches cornées qui entourent l'ongle. Les difformités forment tout aussi peu que les affections de la matrice qui en sont la cause des maladies indépendantes des ongles, car elles ne surviennent presque que comme de simples phénomènes de participation de ces affections. Mais elles méritent de trouver place dans la partie générale de la dermatologie de même que les efflorescences, pour pouvoir ensuite être rapportées aux différentes affections de l'ongle comme des phénomènes déjà connus.

En dehors des difformités du plateau de l'ongle, il est encore une classe de symptômes qui mérite d'être prise en considération dans ces études préliminaires et que l'auteur désigne sous le nom de défauts du plateau unguéal. Les défauts sont toujours produites par un affaiblissement complet de prolifération dans une région déterminée, quelquefois seulement dans un point de la matrice. Aux défauts partielles appartiennent ces dépressions que l'on trouve disséminées à la surface de l'ongle dans plusieurs

maladies (psoriasis, eczéma). Elles indiquent certainement, en raison de leur situation superficielle, un affaiblissement de la prolifération dans le segment de la matrice le plus postérieur portant des papilles. La comparaison avec une gerbe renversée suffit pour bien se rendre compte de cette notion. Des défauts plus étendus et totaux surviennent comme phénomène secondaire, non seulement par destruction ulcéreuse de la matrice, mais aussi principalement par suite de maladies du lit de l'ongle. Habituellement diverses difformités du plateau unguéal accompagnent la défectuosité. C'est ainsi par exemple, qu'une saillie en forme de bourrelet et un raccourcissement du lit de l'ongle produits par pression, entraînent un rétrécissement de la rainure à partir d'en bas et celui-ci amène ensuite un amincissement de l'ongle. En même temps la pression d'avant en arrière détruit en premier lieu la partie antérieure de la matrice ; la chute de la matrice amincit davantage encore le plateau de l'ongle, et si l'atrophie envahit aussi la partie postérieure de la rainure, il disparaît complètement ; pendant que cette défectuosité se produit peu à peu dans le plateau unguéal et le détruit entièrement, la couche cornée du lit de l'ongle peut très bien, par un entassement kératiniforme, faire croire à un ongle déformé.

L'état du plateau de l'ongle lorsqu'il est complètement détaché mérite une étude spéciale. Si cette séparation a déterminé la chute du plateau de l'ongle, on voit s'élever, de la rainure postérieure, une masse cornée arrondie, informe. Tandis que celle-ci est poussée lentement en avant, sur le lit de l'ongle, les masses cornées consécutives se disposent dans un ordre toujours régulier, en sorte qu'on voit arriver de la rainure un plateau unguéal d'abord assez inégal, puis plus régulier et enfin tout à fait normal.

Or, comme le nouvel ongle ne prend pas immédiatement la forme normale, mais insensiblement et toujours sans intervention artificielle, il doit manquer au début une condition quelconque pour la production de cette forme qui se reconstitue peu à peu d'elle-même.

Mais cette condition ne saurait être que la présence sur le lit de l'ongle d'une masse cornée qui, posée solidement sur celle-ci, exerce une pression sur les masses cornées qui vont suivre. Cette pression se produit également pour la jeune poussée lorsqu'on est en présence d'un ongle sain ; elle manque au contraire après la chute de l'ongle et ne survient que peu à peu dans sa force originelle que lorsque la masse cornée primitive, informe, remplaçant le plateau de l'ongle, recouvre tout le lit unguéal. On pourrait expliquer ainsi ces cas rares dans lesquels l'ongle ne reprend jamais sa forme normale, dans ces circonstances la masse cornée qui y supplée ne contracte pas d'adhérence intime avec la couche cornée du lit de l'ongle, elle se dissocie prématurément et ne peut pas donner lieu à la formation d'un ongle normal. On sait également qu'on peut accélérer notablement la production d'un plateau unguéal régulier par une pression uniforme exercée sur le lit de l'ongle par exemple au moyen d'un ongle de cire fixé par des bandelettes agglutinatives. C'est en quelque sorte un prolongement du toit de la rainure jusqu'au bord antérieur de l'ongle qu'on produit ici artificiellement, et il est évident que le nouvel ongle se meut dans ce cas de la même manière sur le lit de l'ongle que dans le lit même de l'ongle, c'est-à-dire en forme de plateau. De cette étude il résulte une fonction importante jusqu'à présent peu observée de l'ongle arrivé à l'état parfait. Celui-ci exerce sur l'ongle en voie de développement une pression qui lui imprime la même forme de plateau que le premier possède déjà. Le fait que l'ongle se kératinise sous une pres-

sion particulièrement considérable (en opposition avec la kératinisation de surfaces libres) se manifeste également, comme l'auteur l'a déjà démontré en 1875, par une condition histologique, c'est-à-dire par un éclat particulier des cellules cornées sur de fines coupes, que l'ongle possède, comme tout les épithéliums en voie de kératinisation sous une forte pression (œil de perdrix, durillons, cornes de la peau, vésicules de la plante des pieds, poil de la couche piligène de Unna, etc.).

Enfin l'auteur ajoute quelques mots sur la caractéristique générale des affections du plateau de l'ongle, en ayant spécialement égard aux conditions qui permettent de séparer nettement celles-ci des maladies du lit de l'ongle, car on ne trouve sous ce rapport que peu d'auteurs (Kaposi) qui prennent en sérieuse considération cette distinction, qui est cependant fondamentale.

Toutes les parties malades de l'ongle, qui changent de place dans la même direction que le plateau unguéal, mais régulièrement et continuellement, indiquent une affection de la matrice. Par contre, toutes les parties malades de l'ongle dont le siège ne change pas doivent être considérées comme une affection du lit de l'ongle.

A ces faits aussi simples que peu équivoques se joignent d'autres faits qui, au premier abord, présentent une solution moins sûre. Il arrive que des affections de l'ongle émigrent du bord antérieur vers la rainure. Dans ces cas on serait certainement autorisé à admettre une maladie du lit unguéal, mais souvent aussi tenté de croire à une affection du plateau de l'ongle arrivé à l'état parfait qui, à peu près comme la fragmentation du poil, s'avance du bord le plus externe jusque vers la matrice.

L'auteur ne conteste pas l'existence d'affections à marche régressive du plateau de l'ongle, qui indiquent des maladies de la matrice; il a déjà expliqué ci-dessus qu'une forme de l'atrophie vraie de l'ongle devrait se trouver dans cette catégorie; toutefois il les considère comme très rares et il est convaincu que la plupart d'entre elles ne doivent nullement être regardées comme des affections primaires du plateau de l'ongle, dépendant des maladies de la matrice, mais seulement comme des dégénérescences secondaires qui accompagnent les lésions du lit de l'ongle. Il cite comme exemple cette altération provoquée par la syphilis, consistant en une chute complète ou partielle du plateau proprement dit de l'ongle. Cette altération occupe de prime abord toute la partie antérieure du lit de l'ongle ou le lit tout entier, ou elle rétrograde d'avant en arrière sur le lit unguéal. Jusqu'à présent tous les auteurs ont admis une maladie spéciale de l'ongle; mais ce fait indique une affection du lit de l'ongle, et si l'on observe avec soin ces cas on remarque que l'ongle proprement dit n'y participe que d'une manière passive. D'abord on voit le plus souvent symétriquement sur les orteils, surtout sur le gros orteil, une modification dans la couleur, puisque l'ongle prend une teinte jaune blanchâtre à partir du bord antérieur. Cette décoloration forme une ligne transversale nette, le plus souvent au milieu du lit de l'ongle ou près de la rainure, et provient de la pénétration de l'air sous l'ongle. L'ongle se casse transversalement en ce point et tombe, souvent même sans que le malade s'en aperçoive. Il n'est nullement admissible que par une influence mystique de la matrice, à travers un fragment d'ongle sain, cette nécrose aiguë partielle se produise.

Dans un cas très remarquable de cette nature, que l'auteur a eu l'occasion d'observer il y a un an, il en comprit tout à coup, à son grand étonne-

ment, la pathogénie. La moitié antérieure de l'ongle du gros orteil tomba dès qu'il y toucha et mit à jour les bourrelets cornés longitudinaux du lit unguéal qui en revêtissent les formes, disposés en ordre régulier et sans préparation artificielle, mais considérablement épaissis et dépassant le niveau du lit unguéal postérieur et sain. Il était donc hors de doute qu'une expansion lente mais continue de la couche cornée de la partie antérieure du lit unguéal avait eu lieu; aussi cette dernière ne pouvait-elle plus héberger l'ongle déjà formé d'une manière définitive sur les formes de la moitié du lit unguéal postérieur et pourvu de rainures. Des fissures se produisirent, l'air y pénétra et toute la partie antérieure fut détachée lorsque l'ongle avança. On ne pourrait imaginer en pathologie une démonstration plus belle de l'indépendance complète de l'ongle proprement dit de la couche cornée du lit unguéal.

Aux dégénérescences secondaires du plateau de l'ongle, provoquées par la maladie primaire du lit de l'ongle, il faut enfin ajouter ces dégénérescences qui sont produites par la présence d'un corps étranger, spécialement par une invasion de champignons. Celles-ci, comme on le sait, sont toujours de nature secondaire, puisque le plateau unguéal n'est d'ordinaire infecté que par la couche cornée du lit de l'ongle. Un caractère propre à ces maladies est naturellement leur marche d'avant en arrière, ce qui n'exclut pas la possibilité d'une maladie de la matrice, mais la rend très invraisemblable (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, n° 1, 1881). A. D.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Fig. 1. — *Exposition du plan de couche.* Dans les deux figures, la matrice de l'ongle *bc* présente exactement les mêmes dimensions. L'ongle proprement dit (plateau unguéal) est indiqué par des traits obliques dans la direction du plan de couche. Toutes les autres couches cornées sont marquées par des traits perpendiculaires, la couche épineuse est partout ponctuée et surtout au niveau de la matrice.

I A. Plateau unguéal aminci. Plan de couche *fe* plat.

I B. Plateau unguéal épaissi. Plan de couche *fe* montant rapidement.

Fig. II. — Changement total de position du plan de couche.

II A *bc, ef* plans de couche.

eg = fg = gi.

gh plan de couche dans la prolifération égale partant de *b* et de *c*. *g'h* relevé par une prolifération deux fois plus forte partant de *b* comme de *c*.

II B *bc, mn* plans de couche.

mo = np *mq* angle *mo*.

po plan de couche dans une prolifération égale partant de *b* et de *c*.

po' plan de couche enfoncé par une croissance ralentie partant de *b*.

Fig. III. — Avancement partiel du plan de couche et courbures de ce dernier.

III A *bm* partie de l'ongle croissant plus rapidement.

mc partie de l'ongle avec une croissance restant égale; *hig'* plan de couche changé.

II B *mc* partie de l'ongle croissant plus rapidement.

bm partie de l'ongle avec une croissance restant égale; *gih'* plan de couche changé.

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA.

D^r LASSAR-LEWIN-KÖBNER.

Nous trouvons dans le *Berliner klinische Wochenschrift* le compte rendu d'une discussion fort instructive, sur le traitement de l'eczéma, qui a eu lieu à la Société de médecine de Berlin. Nous croyons devoir la reproduire en grande partie pour les lecteurs des *Annales* qui ne liront pas sans intérêt les opinions émises sur cette question, une des plus ardues de la dermatothérapie, par des dermatologistes dont le nom fait autorité en Allemagne.

Le D^r Lassar a fait une communication sur le traitement par occlusion des affections inflammatoires de la peau, et avec des substances antiseptiques. Il s'agit du mode de pansement proposé récemment par Unna et dont nous avons donné une analyse dans le n° 1, tome II, 2^e série, de ces *Annales*. Nous y renvoyons nos lecteurs. L'orateur ajoute qu'il a employé souvent et avec succès le pansement par occlusion soit dans sa policlinique, soit dans sa pratique particulière. Il constate ce fait d'autant plus volontiers que depuis plus de deux ans il a émis, pour le traitement de l'eczéma, des hypothèses semblables à celles de Unna pour l'emploi du pansement avec la mousseline enduite de pommade.

Puisque la nature de l'eczéma, quelles que soient sa forme, sa localisation ou sa cause, consiste en une inflammation des couches les plus superficielles de la peau avec tendance à une exsudation à la surface, il est probable que l'inflammation primitive se résoudra d'autant plus facilement que les produits inflammatoires n'exerceront pas d'influence sur la marche progressive de la maladie.

Un exsudat inflammatoire ne trouve nulle part des conditions plus favorables de désagrégation sous le rapport de la température, de l'apport d'oxygène, de l'humidité, du contact avec l'atmosphère qu'à la surface du corps et comme cette désagrégation se produit dans le voisinage des parties érodées et enflammées il est assez naturel de considérer un eczéma abandonné à lui-même comme trouvant toujours dans l'exsudation une cause de développement. On sait par expérience et cliniquement que toutes les irritations qui provoquent des inflammations, occasionnent, quand elles agissent sur la peau, une inflammation eczémateuse. Il est inutile d'ajouter que, en général, l'inflammation cesse avec la cause qui l'a occasionnée.

Toute irritation inflammatoire aiguë donne lieu à une inflammation aiguë, et la persistance d'une inflammation chronique tient à la continuation de l'irritation ou au retour de la cause première. Si cet état disparaît

et que néanmoins l'inflammation persiste, on doit admettre une cause ultérieure. On en trouve un exemple dans cette forme d'eczéma qui naît sous l'influence de la térébenthine chez les peintres en bâtiments, les vernisseurs ainsi que chez les enfants qui ont joué avec les papiers de couleur (métachromotypie). Longtemps après que la térébenthine qui a occasionné l'inflammation a cessé d'exercer son influence sur la peau, l'eczéma persiste encore avec la ténacité que lui connaissent bien tous les médecins d'établissements industriels. Mais aussitôt qu'on applique un pansement par occlusion et antiseptique, la maladie tend habituellement à disparaître rapidement. Le Dr Lassar a vu dans ces cas et dans d'autres semblables la pommade de Hebra être beaucoup plus efficace, si l'on a eu soin de remplacer l'huile d'olive, qui entre dans la composition de cet onguent, par 2 0/0 d'acide phénique, mais il insiste sur ce point que les choix du remède importe moins que le mode d'emploi. Il n'est pas nécessaire d'émettre pour la naissance des eczémas une hypothèse micro-organique ; cependant il ne faut pas oublier, lorsqu'il s'agit de la persistance, de la marche envahissante de ces inflammations de la peau, que, pour obtenir de bons résultats au point de vue de la guérison, la première condition est de les tenir absolument propres et de les *protéger* dans le sens chirurgical du mot. Ceci est surtout vrai pour les eczémas aigus qui s'accompagnent d'une exsudation très abondante, de tuméfaction et de sécrétion. Hebra, ainsi que tous ses élèves, conseillent très expressément de traiter par l'expectation les eczémas aussi longtemps qu'ils ont le caractère aigu, de les recouvrir de poudres indifférentes et, dans le cas seulement où la démangeaison et la tension deviennent tout à fait insupportables, de faire des applications d'eau ou de glace. Ces applications sont en général très mal supportées, aussi doit-on dans les eczémas aigus cesser entièrement les lotions avec l'eau ou avec des solutions aqueuses. Les malades se trouvent au contraire très bien d'applications faites dès le début sur les parties enflammées avec des huiles antiseptiques. Tandis que l'eau augmente la tension et la tuméfaction de la peau, celle-ci devient rapidement souple sous l'influence de l'huile qu'elle absorbe avidement, et l'on voit alors les croûtes adhérentes, les caillots et les masses épithéliales se détacher. Si l'on mélange avec l'huile 1 à 2 0/0 d'acide phénique, on obtient en même temps une diminution du prurit et la cessation du grattage auquel les malades, même ceux qui ont une volonté très énergique, ne peuvent que difficilement résister et encore lorsqu'ils ont à leur disposition un remède contre le prurit. On doit rapporter cette action spéciale du phénol à ses propriétés anesthésiques sur lesquelles le professeur Adelman avait déjà appelé l'attention en 1873. Après avoir nettoyé avec de l'huile les parties enflammées et les avoir

fortement arrosées, — la peau en absorbe des quantités très considérables, — on applique un bandage circulaire fait avec de la mousseline trempée dans l'huile et on le recouvre complètement avec de la toile. Le phénol n'est parfois bien supporté que pendant un laps de temps limité, puis-qu'il peut aussi provoquer de l'eczéma, il faut alors le remplacer par l'acide salicylique (1 à 2 0/0) ou par le thymol (1/2 à 1 0/0). L'huile de thymol est surtout efficace dans toutes les inflammations bulleuses et pemphigoides, ainsi que dans le pemphigus proprement dit et dans l'érysipèle; on l'a employée aussi dans les brûlures. Le pansement avec une huile antiseptique dans les eczémats aigus constitue un mode de traitement très utile pour combattre les symptômes pénibles, et très efficace contre l'extension des phénomènes inflammatoires. Comme l'huile d'olive est d'un prix assez élevé, on peut également avoir recours à l'huile de navette qui est complètement indifférente, mais il faut éviter d'employer les glycérides de l'acide oléique qui ont une action siccative, entre autres l'huile de lin, parce que celles-ci peuvent devenir elles-mêmes des causes d'inflammation par leur contact avec l'air.

Le Dr Lassar a terminé sa communication en parlant de l'action favorable de la pommade salicylique dans l'eczéma chronique; il a vu employer cette préparation pour la première fois dans la clinique de M. Henoch et depuis ce temps-là il l'a trouvée presque toujours efficace pour l'eczéma des enfants et l'eczéma de la face; dans ce dernier cas, il recommande une pâte composée de :

Acide salicylique.....	2 grammes.
Oxyde de zinc } àà	25 —
Amidon.....	
Vaseline.....	50 —

qui adhère intimement et ne peut pas être essuyée pendant le sommeil.

Le Dr Lewin appuie énergiquement le traitement proposé par le Dr Lassar. Il insiste surtout sur l'efficacité de l'huile; on sait, dit-il, qu'elle diminue la tension de la peau, protège contre l'influence irritante de l'air et arrête l'évaporation cutanée. Il a aussi dans ces derniers temps ajouté du phénol à l'huile, mais seulement dans la porportion de 1 à 1 1/2 0/0. A propos de cette discussion sur la thérapie de l'eczéma il croit devoir recommander un remède qui lui a donné de bons résultats dans les formes chroniques. Le nombre des faits sur lesquels il s'appuie est déjà très considérable, il comprend 17 années et porte sur plus de 2,000 eczémateux observés à la Charité, sans compter ceux de la polyclinique de la Charité et de la clientèle particulière. Il s'agit de l'ergotine. L'auteur a été jusqu'à présent très réservé, parce qu'il sait com-

bien il est difficile de fournir des preuves complètement exactes sur un nouveau remède. Mais en s'appuyant sur le nombre de ses malades, il se croit autorisé à dire que ce médicament lui a donné de bons résultats. En présence d'un eczéma aigu devenant si rapidement chronique chez un individu et si lentement chez un autre, on ne peut plus attribuer ces différences à des causes externes, ou les mettre sur le compte d'irritations chimiques thermiques ou mécaniques, ou bien encore faire intervenir les autres causes signalées déjà par M. Lassar, mais bien plutôt admettre une prédisposition constitutionnelle. Si vous regardez les malades atteints d'eczéma vous trouvez le plus souvent que ce sont des individus faibles, anémiques, irritables. L'apparition fréquente de l'eczéma dans l'enfance tient à ce que l'organisme infantile est, en général, moins résistant et plus susceptible d'irritation.

Quant à l'irritabilité, on sait que, chez les personnes bien portantes, le passage de l'ongle sur la peau, y fait apparaître une ligne blanche et au bout de quelque temps sur les deux côtés de cette ligne blanche une rougeur périphérique. La physiologie apprend que dans une irritation active les nerfs constricteurs des vaisseaux réagissent tout d'abord, mais durant peu de temps seulement, de sorte qu'il se produit une pâleur comme expression de l'anémie. Bientôt cependant les nerfs dilatateurs des vaisseaux se contractent, il en résulte une hyperémie et une rougeur persistantes. Chez les malades atteints d'eczéma, la rougeur périphérique augmente notablement, aussi bien sous le rapport de l'étendue que sous celui de la durée. C'est ce motif qui a déterminé l'auteur à employer l'ergotine, car on sait que ce médicament provoque la contraction des vaisseaux. Il a traité ainsi avec succès des eczémateux qui pendant 10 et 15 ans avaient eu recours à d'autres traitements et même chez un médecin qui, chaque année, depuis 20 ans, souffrait d'un eczéma et avait employé tous les remèdes possibles, il a obtenu un résultat très satisfaisant. Il donne l'ergotine à dose assez élevée, de 30 centigrammes à 1 gramme par jour, et même davantage; chez les enfants dont il n'a observé qu'un nombre relativement très restreint, il prescrit 1 à 2 grammes d'ergotine pour 100 grammes d'eau, une cuillerée à dessert trois fois par jour.

Relativement aux applications externes, l'auteur a continué à se servir de l'huile de cade (1 sur 10). La durée moyenne du traitement depuis qu'il a ajouté l'ergotine à cette même médication externe est beaucoup plus courte qu'auparavant.

Le Dr Köbner s'est ensuite exprimé de la manière suivante : Le traitement de l'eczéma est certainement un des plus vastes problèmes que le médecin puisse aborder. Depuis Robert Willau, ce sont les idées de

Hebra sur la thérapie de cette affection qui ont fait autorité, et on peut dire que si son nom est appelé à une gloire durable, il le devra surtout au traitement qu'il a préconisé, c'est-à-dire au traitement local. Mais il faut faire attention que beaucoup de ses successeurs et de ses élèves, dont aucun ne possède le coup d'œil pratique du maître, ont aveuglément imité son traitement, l'ont introduit dans la pratique et l'y ont généralisé d'une façon déplorable et sans aucun discernement. En premier lieu il croit devoir signaler l'abus de la pommade qui porte le nom de Hebra quoique, à proprement dire, ce ne soit qu'un remède populaire contre la sueur des pieds, et qu'il a légèrement modifié ; c'est son onguent diachylon. On a tellement généralisé l'emploi de cette pommade, non seulement dans les eczémas, mais encore dans toutes les maladies de la peau, aiguës ou chroniques, que l'auteur est obligé d'avouer que l'usage de cette pommade touche presque à l'abus. Il serait utile, dans le traitement des dermatoses, spécialement des eczémas, d'adopter le principe général : *primum non nocere* ! Il y a des médecins qui veulent absolument guérir avec la pommade de Hebra tous les eczémas, quelque étendus qu'ils soient, quelque intimement liés qu'ils puissent être avec des affections internes, alors même que ces eczémas continuent de progresser malgré le traitement. L'orateur serait en mesure de reproduire un grand nombre de faits de ce genre. Il y a des médecins qui sont opposés aux pommades en général et même à la pommade de Hebra. Cette préparation est relativement indifférente et sans action ; à vrai dire, ce n'est qu'une composition servant uniquement et simplement de pommade protectrice. Les malades supportent parfois parfaitement bien un autre excipient que Gräfe a utilisé avec succès contre les maladies des yeux. C'est le glycérolé d'amidon. D'une manière générale on emploie trop exclusivement les pommades chez les eczémateux. Il ne s'agit toutefois dans ces cas que d'eczémas chroniques, et il serait souvent bien préférable d'avoir recours à des solutions, par exemple, à des solutions astringentes, etc. On peut y joindre l'usage de poudres, qu'il importe toutefois de renouveler fréquemment. Le Dr Köbner rappelle, en outre, que le pansement avec la mousseline enduite de pommade n'est pas nouveau, qu'il en a été question dans le *Berliner med. Woch.* (Voy. le n° 1, 2^e série des *Annales*), de plus le point de vue auquel s'est placé Unna est bien connu de ceux qui ont suivi depuis 20 à 30 ans le service de Hebra. Il n'a pu découvrir aucun fait essentiel nouveau, si ce n'est que dans la pommade de Hebra l'huile d'olive est remplacée par la graisse de mouton. Or, dans bon nombre de pommades et d'emplâtres, même des anciennes pharmacopées, la graisse de mouton joue un rôle important, en outre cette graisse est un remède populaire très employé, même par les anciens chirurgiens, dans les brûlures superficielles ou dans les vésicatoires qui se cicatrisent mal.

Le Dr Köbner veut bien accorder que la mousseline enduite de pommade est un mode de pansement nouveau et assez bon, mais à la condition de le restreindre (comme Unna l'a fait en s'appuyant sur les premières théories de Hebra) à certaines parties découvertes du corps, comme les mains, ou bien situées de telle façon que des pièces de pansement s'y appliquent difficilement ou y adhèrent d'une manière régulière, le cuir chevelu, la face, les oreilles, l'anus, le périnée. Mais il ne s'agit là, selon lui, que d'une légère modification d'onguents que depuis longtemps il applique dans ces régions. Il n'a pas fait autrement que Unna. Il étend ces pommades sur des compresses ; il les fixe avec des bandes ; bref il remplit toutes les conditions énumérées par Unna dans son mémoire. Mais personne ne lui fera croire qu'en dehors de ces eczémas circonscrits, le pansement avec la mousseline enduite de pommade rende plus de services que les anciens traitements classiques de l'eczéma. Unna lui-même avoue que, dans les eczémas généralisés, il n'y a rien à attendre de son procédé.

Il ne veut pas soulever la grosse question de l'étiologie de l'eczéma ; c'est un sujet beaucoup trop vaste pour être traité au cours de cette discussion. Mais il ne peut s'empêcher d'ajouter, à l'exemple cité par M. Lassar d'eczémas engendrés par des matières contenant de la térébenthine, les faits les plus vulgaires, notamment ceux que les chirurgiens constatent chaque jour dans leur pratique, c'est-à-dire les eczémas produits par les emplâtres agglutinatifs, par les applications phéniquées, par le pansement de Lister et par les différentes variétés d'huiles et de pommades phéniquées. Dans les eczémas provoqués par les emplâtres de térébenthine dont on se sert comme un remède populaire contre des maladies de toute nature, il arrive très souvent que des éruptions partant de la région lombaire s'étendent très rapidement sur tout le dos jusque sur les mains et les orteils. Dans ce cas, il importe de s'en tenir à une médication expectante et de se borner à saupoudrer souvent les parties malades avec des poudres indifférentes à la place de l'onguent diachylon de Hebra, de la pommade de zinc ou de toute autre pommade ou huile qui favorise l'extension de l'eczéma aigu, déjà progressif de sa nature et augmente la fièvre qui le complique fréquemment.

En ce qui concerne les eczémas aigus, il faut s'en tenir absolument aux principes fondamentaux des anciens auteurs français et intervenir aussi peu que possible. Les applications huileuses sont tellement inoffensives, que depuis très longtemps elles sont populaires dans l'eczéma. Toutefois il faut distinguer si l'on a affaire à un eczéma aigu à sa première période, par conséquent s'il existe de la rougeur, de la tuméfaction, une température élevée, de l'œdème aigu du derme et dans

certain cas aussi du tissu conjonctif sous-cutané, sans qu'il se soit encore produit de la transsudation à la surface. Dans ces cas ordinairement accompagnés de fièvre, d'anorexie, de grande agitation, d'insomnie, symptômes dont l'intensité est en rapport avec l'extension de l'eczéma sur la surface cutanée, les meilleurs remèdes seront les poudres siccatives accompagnées d'un laxatif ou d'un acide suivant le malade ou suivant les indications spéciales à chaque cas. Dans ces conditions il ne pourrait se résoudre à employer l'huile phéniquée. Si, au contraire, l'épiderme s'est déjà crevassé, ou s'il existe déjà un exsudat abondant, il faut naturellement avoir recours à tout ce qui ramollit le stratum de l'épiderme et permet à l'exsudat de s'écouler, toutes choses que Hebra a depuis longtemps enseignées et que l'on peut trouver dans Neumann et dans d'autres ouvrages. Il en est de même dans l'eczéma rubrum où une exsudation se fait pendant longtemps sur de grandes et larges surfaces. On comprend facilement que, dans ces cas, l'huile constitue le meilleur moyen de protection contre les influences atmosphériques et peut en même temps assouplir le tégument. Mais tout cela est connu depuis très longtemps. S'il s'est arrêté tout particulièrement à ces applications locales, c'est que, dans tout eczéma, quelles qu'en soient la cause, la localisation, l'étendue, il veut instituer tout d'abord un traitement local approprié à la période, à l'étendue de la lésion, à l'individu. Ce qu'il reproche le plus à Hebra et à ses élèves immédiats, c'est leur exclusivisme par rapport aux autres organes du corps malade, leur dédain du lien qui unit l'eczéma aux affections du reste de l'organisme. Selon lui les conséquences en sont souvent très graves en thérapeutique, surtout pour l'eczéma chronique. Le traitement local ne conduit à rien. Ce n'est pas comme on pourrait le penser que préconiser exclusivement de fortes doses d'arsenic continuées pendant un temps indéfini, comme Hunt et d'autres Anglais les ont recommandées, car il n'y a pas un seul remède, ni le « vieux et célèbre remède anti-dartreux » des Français, ni l'arsenic, ni l'ergotine proclamée par M. Zewin et, dont il signalera quelques essais observés par lui, qui jouisse du privilège d'être pris en considération dans le traitement interne de l'eczéma.

Les indications sont très nombreuses, la plupart essentiellement individuelles et on serait entraîné beaucoup trop loin en abordant ici cette question. Mais, relativement à l'ergotine, l'auteur peut affirmer que, dans un petit nombre de cas traités de cette façon, et parmi lesquels il y avait des personnes qui faisaient usage depuis trois mois de ce médicament, l'eczéma ne s'était nullement modifié; même dans les points où l'on avait employé en même temps de l'huile de fragon; chez des malades qui avaient pris l'ergotine à l'intérieur, même pour 50 marks (62 fr. 50),

la dépense joue ici également un rôle important ! l'eczéma avait peu à peu progressé ; sur tous les autres points, il n'avait pas été modifié.

Enfin le Dr Lewin maintient l'utilité de l'emploi de l'huile phéniquée dans le traitement de l'eczéma aigu. Il l'a appliquée dans un grand nombre de cas et il partage sur ce point l'opinion du Dr Lassar. Relativement aux heureux résultats obtenus par l'ergotine, il fait remarquer qu'avant de porter un jugement définitif il faut avoir observé un grand nombre de cas. Dans beaucoup de circonstances, nos médicaments les plus efficaces, comme la morphine et la quinine perdent leur efficacité. Il termine en disant que, dans le traitement de la gale par le baume du Pérou on voit souvent survenir un eczéma sous l'influence de ce remède, eczéma accompagné d'une vive démangeaison et pouvant faire croire à la persistance de la gale. (*Société de médecine de Berlin*, séance du 27 octobre 1880, in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1881, n° 2 et 3.)

A. D.

UBER EIN NEUES HEILMITTEL, NAPHTOL, GEGEN HAUTKRANKHEITEN. (CONTRIBUTION A L'ÉTUDE D'UN NOUVEL AGENT THÉRAPEUTIQUE, LE NAPHTOL, CONTRE LES MALADIES DE LA PEAU), par le professeur KAPOSI (1).

Dans cette étude sur le naphтол qui est comme le goudron un produit de distillation de la houille, l'auteur s'est appuyé sur l'action curative et incontestable du goudron contre certains états morbides de la peau. Ces derniers comprennent un ensemble de phénomènes, conventionnellement délimités par la clinique et qui portent dans la classification un nom déterminé. L'eczéma, par exemple, constitue un ensemble de ce genre et tout le monde sait que le goudron n'est pas un remède contre ce mal ; bien au contraire ; parfois même il peut l'aggraver.

Le goudron fait disparaître certains symptômes et le praticien doit apprécier quelles sont les lésions contre lesquelles ce remède peut être employé utilement et à quelle période de la maladie il convient d'y avoir recours.

(1) Une expérimentation clinique du β naphтол a été immédiatement instituée par M. Ernest Besnier dans son service de l'hôpital Saint-Louis. — Les résultats en seront publiés dans ce Recueil.

L'auteur examine tout d'abord quels sont les effets thérapeutiques du goudron. Ce sont :

1. La régression rapide des états subinflammatoires de la couche papillaire de la peau, puisque les vaisseaux en état de parésie et d'ectasie tendent à se contracter, par suite de l'action directe du goudron qui pénètre à travers l'épiderme. C'est ainsi que dans l'eczéma, le psoriasis, on voit disparaître l'hyperémie et ultérieurement, la production hâtive et exagérée de l'épiderme, la desquamation.

2. La prompte disparition de la démangeaison qui est liée aux éruptions eczémateuses et à la desquamation, fait non seulement cesser les douleurs, mais éloigne aussi les causes indirectes de nouveaux eczémas d'origine réflexe.

3. Une mortification lente, imperceptible des couches supérieures de l'épiderme, laquelle dans certains cas est particulièrement désirable.

La thérapeutique peut encore tirer parti de quelques autres propriétés physiologiques du goudron. L'auteur en fait abstraction et ne considère que les trois effets mentionnés plus haut. Ce sont ceux qui rendent indispensable l'emploi du goudron en dermatothérapie, au moins jusqu'à nouvel ordre.

Mais à côté de ces propriétés efficaces du goudron, il en existe aussi quelques-unes qui sont très manifestement mauvaises ou désagréables : la coloration, l'odeur pénétrante, l'action salissante et destructive sur le linge et les pièces de pansement, son influence parfois toxique soit localement, soit sur l'état général.

C'est pour ces raisons qu'on a cherché à remplacer le goudron par un autre médicament.

D'autre part : le goudron (qu'il provienne du hêtre, du bouleau ou du genévrier) est, au point de vue chimique, une mixture composée.

On sait qu'employé en friction sur la peau, il pénètre l'épiderme et en mortifie une partie ; qu'une portion considérable, absorbée par les vaisseaux, arrive dans le torrent circulatoire, et qu'ensuite elle est excrétée par les reins, les poumons et l'intestin. On sait aussi qu'il peut être absorbé par les poumons et par l'intestin, qu'il y est résorbé et de nouveau rejeté par les capillaires cutanés, dont il modifie la tonicité ; il agit également sur les nerfs papillaires. Ce sont là des faits connus et dûment constatés.

Mais on ne peut pas admettre que ce soit précisément ce mélange chimique, qu'on désigne sous le nom de goudron, qui manifeste ces effets physiologiques importants. Il est, au contraire, très probable ou au moins possible, que dans ce composé il y ait tel ou tel corps isolable,

chimiquement pur et défini, auquel on doit attribuer les effets remarquables signalés ci-dessus. Et si ce corps ne présentait pas les inconvénients dont il a été question, ce serait précisément lui qui devrait remplacer le goudron ou plutôt ce serait lui qui en aurait véritablement l'efficacité.

Pour réaliser ce desideratum, l'auteur, sur l'indication du professeur Ludwig, a choisi de tous les produits extraits du goudron le naphthol qui n'a pas encore été essayé au point de vue thérapeutique.

Il y a deux corps isomères de ce nom ; la chimie les distingue en appelant l'un α naphthol et l'autre β naphthol. Celui que l'auteur a employé est le β naphthol. C'est de ce dernier dont il sera question sans autre qualificatif.

Le naphthol (c'est-à-dire β naphthol), $C_{10}H_8O$, se trouve dans le commerce en gros grumeaux, ce sont des cristaux ayant une coloration brun violet foncé, s'émiettant facilement en petits fragments pulvérulents, une teinte brun rougeâtre. Le naphthol a une légère odeur rappelant celle de l'acide phénique, mais plus douceâtre. Si l'on met un peu de naphthol en poudre sur la langue, il détermine une sensation de brûlure assez vive, semblable à celle produite par du poivre ; elle disparaît en humectant avec une goutte d'une solution étendue de carbonate de potassium.

Le naphthol se dissout dans un poids à peu près équivalent d'alcool ; il est très peu soluble dans l'eau, mais se dissout facilement dans de l'esprit de vin étendu de moitié d'eau. Si l'on verse un peu d'eau dans une solution alcoolique de naphthol, le mélange se trouble immédiatement, mais si l'on agite, le nuage disparaît aussi longtemps que l'addition d'eau ne dépasse pas la moitié du volume de l'alcool. Le naphthol est très soluble dans l'huile ainsi que dans les graisses.

On peut donc l'employer en solution alcoolique aqueuse ou en pomade.

Voici quelques-unes de ses propriétés physiologiques :

Si on frotte jusqu'à évaporation une solution alcoolique aqueuse de naphthol modérément concentrée entre la paume des mains ou si on l'applique avec un pinceau sur une partie saine de la peau, on voit, après l'évaporation du liquide, le naphthol se déposer en une couche mince qui donne à la peau une souplesse très agréable. Si, on répète les badigeonnages chaque jour deux fois, pendant plusieurs jours, il survient du 4^e au 8^e jour, pendant que la peau reste pâle, une coloration brun jaune tendre très prononcée des couches supérieures de l'épiderme qui reste uni et très adhérent ; les jours suivants, il se détache en lamelles plus ou moins grosses.

Si la solution est plus concentrée de 5 ou 10 0/0, ou si les badigeonnages sont faits trop souvent ou sur une peau déjà atteinte d'hyperémie active, l'enveloppe épidermique brun tendre dont il a été question se crevasse d'une manière irrégulière, la desquamation ultérieure se produit encore sans augmentation de l'hyperémie cutanée et sans humidité. Si on badigeonne les parties exposées aux éruptions eczémateuses, il survient des papules rouges discrètes qui, après la cessation du remède, se dessèchent et tombent.

Dans certains états morbides de la peau, il se produit, après le 3^e ou le 4^e jour une rougeur diffuse du tégument sous forme de plaques ortiées et qui est exactement et nettement limitée au point d'application, tandis que les parties immédiatement adjacentes restent normales.

La pommade, préparée avec 1, 5, 10, 15 0/0 et employée en frictions, donne à la peau une souplesse agréable et jusqu'à présent du moins son application n'a été suivie ni de rougeur, ni d'efflorescences, papules, nodosités, pustules, etc.

Dans les cas où l'on a appliqué sur des parties saines de la peau des compresses enduites de pommade et maintenues avec de la flanelle, ce n'est qu'au bout de 4 à 6 jours qu'on voit survenir une légère rougeur, nettement circonscrite, n'envahissant pas les parties voisines, accompagnée d'un peu de tuméfaction, et consécutivement une eschare épidermique adhérente, brun jaunâtre.

Pas de sensations subjectives sous l'influence des applications répétées de la solution ou de la pommade. Dans des cas pathologiques, les malades se plaignirent, après la 10^e ou la 12^e application d'une pommade contenant 10 et 15 0/0 de naphthol, d'une sensation plus ou moins vive de brûlure, persistant d'un quart heure à une heure, toutefois sans modification appréciable de la peau.

Par contre, dans les parties prurigineuses de la peau, le naphthol calma les démangeaisons, ainsi qu'en témoignent les malades et l'aspect du tégument.

Le naphthol est résorbé par la peau et excrété par les reins avec l'urine. Chez tous les malades, même s'ils n'ont été frictionnés que sur une grande partie du corps, par exemple sur le côté de l'extension des membres, avec une solution ou une pommade de naphthol, on trouve au bout de 12 heures l'urine trouble, de la couleur rouge jaunâtre du moût de vin. Chez quelques personnes, après les premières frictions, chez d'autres, après la 20^e ou la 30^e, avec une pommade au naphthol, l'urine présentait une coloration vert olive, mais elle restait assez claire. La teinte est semblable à celle que l'on observe à la suite de la résorption du goudron ou de l'acide phénique.

Un enfant atteint de prurigo rendit des urines sanguinolentes, avec tou

les symptômes d'une maladie de Bright aiguë, ischurie, vomissements, syncopes. Le cathétérisme amena une urine contenant du sang et de l'albumine; consécutivement, pendant plusieurs jours, accès éclamptiques violents avec convulsions d'une moitié du corps. Selon l'auteur ces phénomènes ne sauraient être attribués à une aussi faible quantité de naphtol que celle employée et qui avait pu être résorbée, un seul badigeonnage avait été fait pendant deux jours et seulement sur les membres.

Heureusement la guérison fut complète et lorsque pendant une semaine on ne trouva plus aucune trace d'albumine dans l'urine, on recommença les badigeonnages que l'on continue depuis 4 semaines déjà avec une solution de naphtol à 5 0/0 et l'urine ne présente toujours pas d'albumine.

Jusqu'à présent on n'a pas trouvé d'albumine dans l'urine chez un seul des malades traités avec le naphtol, bien que quelques-uns d'entre eux (atteints de psoriasis) aient été frictionnés cinquante fois avec une pommade contenant 10 à 15 0/0 de naphtol et cela pendant six semaines et sur de grandes surfaces. Même dans les urines vert olive dont il a été question il n'y avait pas trace d'albumine.

Il résulte des recherches de M. le Dr Mauthner, assistant du professeur Ludwig, que la cause du trouble que l'on observe dans l'urine tient à la présence d'une quantité considérable de naphtol. Le professeur Kaposi a constaté que « l'urine naphtolique » trouble devient claire par l'addition d'une petite quantité d'alcool; ce qui permet de supposer qu'elle renferme du naphtol libre; mais la partie principale de cette combinaison pourrait bien être excrétée sous forme d'un acide sulfurique hydraté. Le Dr Mauthner a recueilli du naphtol pur dans des urines de cette nature.

Le naphtol en solution ou en pommade a une odeur à peine appréciable; employé en petite quantité il ne colore pas (il rougit seulement un peu lorsqu'il est resté pendant longtemps au contact de l'air), il ne colore ni la peau ni les cheveux, ce sont là des avantages très réels. Il ne tache pas non plus le linge et les pièces de pansement, mais cet avantage n'est pas absolu.

Les linges imbibés d'une solution de naphtol, ceux enduits avec la pommade, se colorent en rose clair, après un contact prolongé avec l'air. Toutefois ces taches disparaissent complètement par des lavages avec de l'eau chaude et du savon.

Du 4 avril jusqu'au 22 mai, l'auteur a traité 106 malades par le naphtol. Il a eu recours à une solution de 10 grammes, plus tard de 5, 2 et, dans quelques cas, de 0^{sr},50 de naphtol pour 100 grammes d'alcool étendu. Il a aussi employé une pommade contenant pour 100 grammes d'axonge, 15, puis 10, 5 et 1 gramme de naphtol (pommade naphtolique simple), et une autre pour la pratique hospitalière (pommade naphtolique composée) consistant en graisse, savon, naphtol et craie; on en trouvera ci-après la formule. Ces 106 malades comprennent :

Gale	52
Eczéma	21
Psoriasis.	17
Prurigo	6
Ichthyose	2
Pityriasis versicolor.	4
Lupus vulgaire.	1
Lupus érythémateux.	1
Épithéliome	1
Séborrhée du cuir chevelu.	1

Total 106

I. — Gale.

Dans la gale les résultats ont été des plus satisfaisants, non seulement dans la clientèle particulière, mais encore dans la pratique hospitalière.

Les remèdes efficaces contre la gale sont nombreux. Celui auquel le professeur Kaposi a jusqu'à ce jour donné la préférence est la pommade de Wilkinson, modifiée par Hebra : c'est, selon cet auteur, la préparation la meilleure et la plus facile à manier. Comme tout le monde le sait, elle est composée de soufre, de goudron, de savon et de graisse. Elle a, par conséquent, une odeur pénétrante et tache fortement le linge.

Depuis le début de ses essais avec le naphtol, c'est-à-dire depuis le commencement d'avril, le professeur Kaposi a abandonné la pommade de Wilkinson dans le traitement de la gale, et tous les galeux (plus de 52) ont été guéris par la pommade de naphtol.

Il a tout d'abord remarqué que chez deux malades, deux frictions faites avec la pommade naphtolique simple à 10 et 15 0/0 avait amené la dessiccation des sillons, signe certain que leur contenu était mort. L'examen microscopique le prouva.

Voici la formule de la nouvelle pommade employée par le professeur Kaposi :

Naphtol	15 grammes.
Axonge	100 »
Savon vert.	50 »
Craie blanche pulvérisée	10 »

On fait deux frictions énergiques dans l'espace de 24 heures, notamment sur les points qui sont le siège habituel des acarus, puis on enveloppe les

malades dans des couvertures de laine, ou bien on leur fait mettre une chemise et des pantalons de laine.

La pommade de naphtol a toutes les propriétés de la pommade de Wilkinson. Non seulement elle détruit rapidement et visiblement les sillons, mais en outre elle amène la dessiccation des pustules et des surfaces eczémateuses au moins aussi rapidement que les anciens onguents; bien plus, l'auteur a constaté jusqu'à présent, après l'emploi de la pommade naphtolique, l'absence totale d'érythème et d'urticaire et d'eczémas consécutifs, affections si fréquentes à la suite de la pommade de Wilkinson. Dans des cas où la gale était compliquée d'un eczéma intense, la pommade de naphtol a déterminé en très peu de jours une résolution complète et une guérison durable. D'autre part, cette nouvelle préparation n'a presque pas d'odeur, elle ne graisse pas et ne tache pas.

II. — Psoriasis.

La pommade au naphtol a une efficacité incontestable contre le psoriasis, qui est peut-être la plus pénible de toutes les maladies de la peau. Chez trois femmes de 20 à 25 ans, atteintes de psoriasis, les squames se détachèrent complètement après les premiers badigeonnages avec une pommade de naphtol à 15 0/0; après la 6^e ou la 8^e application, les plaques paraissaient plates, rose pâle, même les plaques larges et saillantes du genou, et après la 16^e ou la 20^e friction, c'est-à-dire du 8^e au 10^e jour, les parties malades étaient tout à fait blanches, au point que, comparées à la peau environnante pigmentée d'une manière normale, elles paraissaient décolorées, comme dans le vitiligo.

Mais si l'action de la pommade au naphtol est incontestable sur les plaques psoriasiques, il est vrai de dire que, pas plus que les autres médicaments, le naphtol ne peut modifier le processus lui-même, autrement dit empêcher les récides. Cependant c'est déjà un grand point de pouvoir faire disparaître dans un temps relativement court les éruptions psoriasiques, surtout si ce remède entraîne aussi peu d'inconvénients que possible pour le malade et son entourage.

L'effet de la pommade au naphtol sur les plaques de psoriasis n'est comparable qu'avec celui de la pommade de chrysarobine, qui fait également et plus rapidement encore pâlir complètement la peau atteinte de psoriasis. Mais la chrysarobine donne à la peau adjacente et dans une grande étendue une teinte brun violet, diffuse, persistant pendant plusieurs semaines; en outre, elle colore les cheveux. Le traitement avec le naphtol, au contraire, ne produit pas la plus légère coloration de la peau saine (ni des cheveux) et ne détermine également pas d'éruptions papuleuses, tuberculeuses, pustuleuses, eczémateuses, ce qui arrive si fréquemment après la médication avec la chrysarobine ou avec l'acide pyrogallique.

Jusqu'à présent l'auteur a traité 17 cas de psoriasis, les uns l'ont été exclusivement avec la pommade de naphtol, les autres ne l'ont été que partiellement, c'est-à-dire que l'on employait sur une partie la pommade pyrogallique et sur l'autre le naphtol. Ce dernier a eu comme résultat total une action plus rapide que la pommade pyrogallique. Voici les résultats les plus satisfaisants: un malade atteint de psoriasis disséminé sur tout le corps et confluent sur de grandes surfaces, avec squames cornées verrueiformes (une

des formes les plus rebelles), a quitté l'hôpital, la peau complètement nette, après six semaines de traitement. Psoriasis guttata et nummulaire. Chez un malade affecté de psoriasis généralisé, l'application méthodique a déjà amené, dans l'espace de quatre semaines, une amélioration sensible. Dans un cas caractérisé par des plaques recouvertes de squames rupiformes, celles qui avaient leur siège sur les membres supérieurs et inférieurs du côté gauche furent frottées avec la pommade de naphтол et disparurent presque dans l'espace de trois semaines, tandis que celles qui se trouvaient sur les autres parties du corps ne furent pas modifiées.

En tout cas, on doit donner la préférence à la pommade et à la solution de naphтол sur tous les autres remèdes, en raison de ce qu'elles ne colorent ni les cheveux, ni la peau et n'irritent pas cette dernière : c'est donc un spécifique contre le psoriasis de la face, du cuir chevelu et des mains.

III. — Eczéma (21 cas).

Dans l'eczéma, le naphтол, en raison de son action physiologique, est indiqué dans les mêmes cas que le goudron ; c'est-à-dire à la période sub-aiguë de l'éruption, puisque le processus à ce moment pourrait très rapidement arriver à une inflammation eczémateuse aiguë typique de la peau. En réalité, cet état correspond tantôt à une phase de développement de l'eczéma, tantôt de régression. La première se traduit par exemple par un érythème intertrigo, lequel est en voie de rétrocession ou par un eczéma papuleux qui peut persister sous forme de vésicules ou d'eczéma humide. La seconde correspond à l'eczéma squameux. Dans toutes ces formes il s'agit, au point de vue thérapeutique, de faire cesser l'hyperémie, la desquamation, de favoriser la formation d'un épiderme normal et de combattre la démangeaison.

Tous les praticiens expérimentés savent à quel point cette partie du traitement de l'eczéma est délicate, et combien il est difficile d'apprécier le moment où il convient, soit d'appliquer le goudron sur toute la peau eczémateuse, soit de déterminer sur quels points on peut y avoir recours. Ils n'ignorent pas que l'on voit fréquemment, après une ou plusieurs applications de goudron, se produire brusquement une aggravation du processus, ce qui oblige alors de revenir aux pommades anodines ou à l'amidon, jusqu'à ce qu'enfin le goudron soit supporté et amène la résolution du processus.

Aussi, les mêmes difficultés et les mêmes indications se sont-elles présentées dans le traitement de l'eczéma par le naphтол ; elles ont été d'autant plus grandes qu'il s'agissait d'établir d'après des expériences nouvelles le mode d'application de ce médicament.

L'auteur a employé au début la solution suivante :

Alcool dilué.	100 grammes.
Naphтол	} à 5 grammes.
Glycérine	

Plus tard, comme cette solution avait une action trop énergique, il descendit à 2 grammes et enfin à 1 gramme, et à 50 centigrammes pour 100 grammes, cette dernière dose lui paraît même encore trop forte, et 25 centigrammes devraient suffire.

Le naphтол, même en solution faible, n'est jamais pour la peau un remède indifférent, comme par exemple une solution étendue d'acide phénique, d'acide

salicylique, d'acide borique, de véraltrine, etc... dont les malades peuvent en quelque sorte se servir à volonté et sans inconvénients appréciables pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines. En réalité, ces remèdes sont peu efficaces, leur influence sur le cours de la maladie est nulle; ils ne servent qu'à entretenir des illusions pour soi et pour les autres.

Le naphthol au contraire est un remède très actif, il faut en suivre et en étudier avec soin les indications et le mode d'emploi d'après les effets obtenus.

En parlant des effets physiologiques du naphthol, l'auteur a déjà énuméré les changements produits sur la peau après des badigeonnages répétés au moyen d'une solution alcoolique étendue de 5, 2, 1/2 0/0.

Dans l'eczéma papuleux et l'eczéma squameux, à la période ascendante et décroissante, il a une action thérapeutique incontestable. Si l'on choisit le moment convenable, c'est-à-dire la phase dans laquelle la température de la peau, même encore nettement hyperémique, n'est que modérément élevée, on voit après deux à quatre badigeonnages d'une solution de naphthol à 1/2 jusqu'à 2 0/0 la peau devenir pâle, souple et unie en même temps que le prurit disparaît. Parfois l'épiderme se colore légèrement en brun jaune et se détache les jours suivants sous forme de larges squames minces. Dès que cette teinte brunâtre se manifeste, toute nouvelle application devient nuisible. Il faut également suspendre le naphthol s'il se produit des crevasses dans l'épiderme, ou seulement si la peau rougit. Tous ces symptômes caractérisent un résultat complet et on n'a qu'à attendre avec des applications de poudre d'amidon ou même sans elles la desquamation qui se fait petit à petit. Si on l'a employé la solution de naphthol trop tôt ou trop concentrée, les phénomènes eczémateux augmentent et il y a de la sécrétion exactement comme à la suite de l'emploi intempestif du goudron, et il faut de nouveau en revenir au pansement avec l'onguent diachylon, la pommade de vaseline additionnée de plomb ou aux applications de poudre d'amidon.

Dans quatre cas d'eczéma chronique des avant-bras dont la peau épaissie, sèche, avec crevasses profondes était le siège de vives démangeaisons et qu'on avait traités sans succès pendant plusieurs semaines avec des badigeonnages de goudron, la solution de naphthol amena au bout de peu de temps la diminution du prurit, la souplesse et l'amincissement de la peau.

La pommade au naphthol, simple ou composée, n'est *a priori* propre qu'à remplacer, dans une mesure limitée, le goudron dans l'eczéma, parce que à la période dont il est question ici les corps gras sont en général mal supportés. Aussi l'auteur dans plusieurs cas, à la période où le goudron était indiqué, a-t-il remplacé la solution de naphthol par des onctions avec la pommade naphtholique à 1 0/0 et obtenu un résultat complet après deux ou quatre applications.

La pommade au naphthol a une action favorable contre l'eczéma artificiel, comme l'auteur a été à même de le constater chez les galeux et les prurigineux. Dans l'espace de 2 à 4 jours son application a déterminé la guérison d'eczémas étendus, humides, en desquamation et pustuleux.

En général, l'action du naphthol, qu'elle soit favorable ou non, est incomparablement plus rapide que celle du goudron. Il en résulte d'un côté une guérison beaucoup plus prompte, mais, d'autre part, la nécessité de contrôler avec beaucoup plus d'attention la marche du traitement. Le professeur Kaposi

fait encore remarquer que la solution de naphthol lui a donné de très bons résultats dans l'eczéma squameux et séborrhéique du cuir chevelu.

IV. — Séborrhée du cuir chevelu.

Dans cette affection, qu'il importe de combattre en raison de son incommodité et à cause de l'alopécie qu'elle entraîne, on peut remplacer, d'après l'auteur, le goudron, dont l'efficacité est cependant incontestable, par une solution de naphthol.

V. — Prurigo.

On a traité six malades, atteints de prurigo, exclusivement par des applications répétées deux fois par jour d'une solution de naphthol ou par des onctions d'onguent naphtholique simple (10 0/0). Chez tous, le prurit a diminué et s'est arrêté, puis on a constaté la guérison et la disparition des éruptions eczémateuses et pustuleuses des membres. Notamment chez un prurigineux qui présentait une éruption pustuleuse abondante, la pommade a fait disparaître les symptômes dans l'espace d'une semaine et a rendu la peau unie, souple et blanche.

VI. — Ichthyose serpentine.

Un seul cas traité par une pommade de naphthol a été notablement amélioré en peu de temps. Toutefois, il faut attendre d'autres faits car les onctions avec la graisse seule peuvent améliorer cet état.

VII. — Lupus érythémateux.

Chez un homme atteint d'un lupus érythémateux de la face dorsale du nez et des parties adjacentes, l'auteur appliqua, pendant trois jours, en tout six fois, une pâte composée d'une solution de naphthol à 5 0/0 et d'amidon. Il se forma une croûte parcheminée, brun jaunâtre, très adhérente, qui se détacha au bout d'une semaine. Le lupus était guéri.

Quoique ce résultat soit des plus satisfaisants, il ne faut pas se hâter d'en tirer des conclusions trop favorables. Tous ceux qui ont eu l'occasion de soigner un grand nombre de lupus érythémateux savent très bien que souvent les remèdes les plus doux, par exemple, des frictions répétées avec l'alcool de savon, peuvent guérir un lupus érythémateux déjà ancien, et que dans d'autres cas on voit échouer tous les traitements. C'est là un point sur lequel l'auteur a appelé l'attention dès 1869. Toutefois, on doit noter ce résultat positif, quoique unique, obtenu par le naphthol dans le lupus érythémateux.

VIII. — Lupus vulgaire — et IX. — Épithéliome.

Jusqu'à présent le naphthol a été sans influence contre ces deux maladies. Il cautérise comme l'acide phénique, mais son action est encore beaucoup plus superficielle.

Le naphthol constitue donc un remède très efficace et approprié à un grand nombre d'états morbides de la peau; on peut déjà le considérer comme un équivalent du goudron. De nouvelles observations sont toutefois nécessaires

pour préciser davantage l'intensité et l'extension de l'action physiologique et thérapeutique de ce corps et pour en fixer le mode d'application.

Le naphthol étant résorbé comme le goudron et excrété par les reins et les voies digestives, peut aussi suivre la marche contraire. Après avoir été absorbé par l'estomac, il peut être expulsé par la peau et agir dans ce cas sur les vaisseaux papillaires et les nerfs.

Par conséquent il importe d'étudier ce médicament à ce point de vue. La solution de cette question présente de grandes difficultés et on doit être très prudent dans l'emploi interne du naphthol.

En terminant, l'auteur dit qu'on peut espérer trouver dans la même série chimique d'autres corps possédant des propriétés physiologiques et une action thérapeutique semblables, et même peut-être plus efficaces, et qu'on arrivera enfin à remplacer tout à fait le goudron par un autre remède. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1881, nos 22, 23 et 24.) A. D.

UBER PIGMENTSYPHILIS (DE LA SYPHILIS PIGMENTAIRE), par SCHWIMMER.
(*Wiener medicin Blatter*, nos 17, 18 et 20, 1880.)

Deux observations de syphilide pigmentaire sont l'origine et la base de ce travail, le premier publié en Allemagne sur la pigmentation spéciale signalée par Hardy chez les jeunes femmes syphilitiques. L'auteur, après avoir établi une distinction bien nette entre les macules cuivrées, traces d'anciennes syphilides et la syphilis pigmentaire primitives non précédée d'éruption rubéolique ou de quelque autre syphilide, fait remarquer que cette affection existe avec des caractères tranchés et incontestables, mais qu'elle est très rare, d'où le silence de la plupart des syphiligraphes, notamment en Allemagne; il rappelle les descriptions données par Monneret, Hardy, Pillou, Gibert, Lancereaux et Fournier, mais se sépare d'eux sur deux points. Pour Schwimmer, la syphilis pigmentaire s'observerait aussi bien chez l'homme que chez la femme (une de ses observations a trait à un homme); d'autre part, cette pigmentation, contrairement à ce qu'a dit Fournier, serait justiciable du traitement mercuriel, ce qui témoigne en faveur de sa spécificité. Voici du reste le résumé des deux observations rapportées par l'auteur :

Observation I. — Un homme de 35 ans, dans de mauvaises conditions d'hygiène, vient se faire traiter par Schwimmer pour des syphilides ulcéreuses des deux jambes (gommès ulcérées). Atteint cinq ans auparavant d'un chancre induré suivi de roséole, cet homme n'a fait aucun traitement. Six mois avant son entrée à la maison de santé, il a pris de l'iodure de potassium pour une affection rebelle de la gorge. Ce malade, soumis pendant un mois aux injections sous-cutanées de sublimé et à l'application d'emplâtre mercuriel sur les parties ulcérées, guérit complètement. Le traitement mercuriel

est remplacé par l'iode de potassium. A ce moment, apparaissent sur la figure des macules d'un rouge foncé et en même temps, sur le côté droit du tronc, des taches pigmentées irrégulières non précédées d'érythème. A un moment donné, les macules du visage prennent le même aspect que celles du tronc. La continuation du traitement ioduré ne détermine aucun changement dans l'aspect de cette pigmentation; le malade est remis aux frictions mercurielles et l'éruption pâlit à ce point qu'il demande sa sortie au bout de trois semaines.

Observation II. — Femme de 35 ans très brune entrée à la maison de santé au mois de janvier 1879 pour une syphilide papulo-maculeuse. Elle sort guérie après 40 frictions mercurielles. Au mois de mai, cette malade revient pour un nouvel exanthème de la face, consistant en macules brunâtres plus ou moins étendues du front, des joues, du pourtour des lèvres, du menton; rien sur le tronc. La malade est mise au traitement par l'iode de potassium. Au bout de trois semaines, pas d'amélioration sensible. L'éruption pigmentaire de la face est restée stationnaire; des taches semblables se montrent sur le cou, le thorax et l'abdomen, si bien que quinze jours après tout le thorax et le dos présentent une coloration d'un brun sale uniforme, pigmentation qui se poursuit vers les épaules, celles-ci de coloration normale, sous forme de taches et de réseaux. Il n'y avait nulle part de trace d'érythème ou d'hyperémie; mais des plaques avaient reparu dans la gorge et les ganglions lymphatiques avaient augmenté de volume. La malade fut remise au traitement mercuriel et, au bout de 29 frictions, la pigmentation avait presque complètement disparu.

Comme le fait remarquer l'auteur, cette deuxième observation est surtout concluante; la figure jointe au texte en dit du reste plus que toute description. Quelle est la nature de cette pigmentation? Est-ce un trouble trophique sous la dépendance du grand sympathique? On ne peut le dire; toujours est-il que cette hypertrophie pigmentaire est manifestement d'origine syphilitique, comme le prouvent et les circonstances qui ont accompagné son apparition et l'influence favorable du traitement mercuriel. Ajoutons avec l'auteur que cet accident paraît appartenir aux syphilis non ou insuffisamment traitées.

P. MERKLEN.

NERVE-STRETCHING IN ANESTHETIC LEPROSY (ÉLONGATION DES NERFS DANS LA LÈPRE ANESTHÉSIQUE), par le D^r GÉRALD BOMFORT.

Encore une nouvelle tentative, sinon un nouveau progrès: après l'élongation des nerfs dans certaines affections nerveuses, il était tout naturel de l'employer dans la lèpre anesthésique. Nous reproduisons ci-après la relation à peu près textuelle du fait suivant, qui présente, en outre, cette

particularité que le nerf cubital se rompit pendant l'élongation sans que cet accident ait amené une différence dans le résultat final.

Un cantonnier, âgé de 40 ans, fut reçu au dispensaire de Simla (Bengale), le 5 août 1880, pour une faiblesse dans les mains. Sa main gauche était perdue, réduite à rien (*was markedly wasted*); les muscles nérés par le nerf cubital étaient atrophiés au point d'avoir presque complètement disparu et le malade se plaignait de n'avoir plus de force dans la main. Anesthésie complète du côté cubital du poignet et de la main gauche. La main droite présentait une plaque d'anesthésie dans la région cubitale, mais l'atrophie des muscles était moins prononcée qu'à gauche, quoique la main eût également perdu toute force. Au-dessus du coude, on sentait dans la peau le nerf cubital droit comme un cordon régulièrement épaissi et ayant trois fois son volume normal. Le cubital gauche était très épaissi, mais seulement par places.

Le 6 août on soumit à l'élongation et on incisa longitudinalement les deux nerfs cubitaux.

Le nerf cubital droit avait, sauf le volume, son aspect normal. Celui du bras gauche ne ressemblait plus du tout à un nerf; il était très épaissi et noueux, adhérant intimement aux tissus adjacents. Ce dernier se rompit pendant l'élongation; on sépara alors les deux extrémités aussi loin que possible des tissus auxquels elles adhéraient et on les réunit par un fil de catgut.

On appliqua le traitement antiseptique aux plaies, qui se cicatrisèrent rapidement.

La sensibilité dans la main droite revint d'une manière évidente et complète après l'opération, et quelques jours plus tard la force musculaire était comme celle de la plupart des hommes.

Dans la main gauche la sensibilité commença à réapparaître deux jours après l'opération; elle augmenta ensuite graduellement. Le 17 août elle était revenue dans toute la région primitivement anesthésiée, à l'exception de l'extrémité du petit doigt.

Le malade quitta l'hôpital ce jour-là; l'auteur n'a pas eu occasion de le revoir, mais il sait (30 novembre) qu'il travaille de nouveau sur les routes et que sa santé est tout à fait rétablie. (*The Lancet*, 26 février 1881.)

A. D.

UEBER DIE ÄTIOLOGIE DER NHAUTKRANKHEITEN (SUR L'ÉTILOGIE DES MALADIES DE LA PEAU), par ADOLPHE JARISCH. (*Wiener Medizin Blatter*, n^{os} 21 et 22, 1880.)

Assistant à la clinique dermatologique de Vienne, l'auteur a condensé, dans une sorte de dissertation, les idées de l'école à laquelle il appartient, sur la nature et les causes des maladies de la peau. On peut regretter que, conformément aux traditions de cette école, il ait passé sous silence l'influence des maladies générales et des diathèses, sans signaler et discuter les opinions de Bazin et de la plupart des dermatologistes français. Tel qu'il est, ce travail emprunte de l'intérêt au caractère officiel de son auteur.

L'étude des causes, dit-il, serait incomplète sans celle de leurs effets sur l'organisme ; c'est par sa manière de réagir que l'organisme donne à la maladie son individualité clinique, et partant, à la cause sa valeur pathogénique. Or, en ce qui concerne les dermatoses, ce n'est pas dans l'élément éruptif ou sa structure qu'il faut chercher le caractère de la maladie, c'est dans la *marche et la configuration générale de l'éruption, dans son siège et sa topographie, dans son intensité* ; prise en elle-même, l'éruption se retrouve dans des maladies diverses et cela doit être, puisque toutes les dermatoses sont, en somme, le résultat d'une irritation externe ou interne. C'est par ces caractères de trois ordres que l'on peut remonter à la cause et à la nature de la maladie.

Les causes sont externes ou internes. Les causes externes sont mécaniques, chimiques et dynamiques ; il faut y ajouter les irritants externes du règne animal et du règne végétal. L'organisme réagit sous leur influence par des lésions cutanées qui se distinguent par leur marche et leur configuration, leur siège et leur intensité. L'intensité est en rapport avec celle de l'agent irritant, comme cela s'observe dans une brûlure ; le siège n'a pas moins d'importance, et il suffit de rappeler la localisation caractéristique des lésions acariennes, de l'herpès tonsurant : la valeur de la configuration de l'éruption se trouve confirmée par ce dernier exemple.

L'étude des causes internes est à peine ébauchée par Jarisch. Après avoir dit qu'à défaut de notions précises, la plupart des dermatologistes ont cherché à établir une coïncidence entre les maladies des organes internes et celles de la peau, ce qui d'après lui ne s'applique qu'à un très petit nombre de cas, l'auteur insiste sur les enseignements féconds qui découlent des progrès récents faits dans la pathologie du système nerveux. Les relations qui existent entre certaines éruptions et les lésions

du système nerveux central ou périphérique, relations bien démontrées par Bäreusprung, Charcot, Weir Mitchell, etc., semblent démontrer l'origine nerveuse de la plupart des dermatoses. Ces mêmes éruptions qui sont sous la dépendance manifeste du système nerveux, et qui constituent des troubles trophiques, s'observent dans des maladies diverses des organes internes qui les provoquent sans doute en agissant primitivement sur le système nerveux.

P. MERKLEN.

UEBER EINEN FALL VON TUBERCULOSE DER HAUT (CAS DE TUBERCULOSE DE LA PEAU), par JARISCH ET CHIARI. (*Vierteljahreschrift für Dermatologie u. Syphilis*, II u III Heft, 1879.)

Il s'agit d'un homme, âgé de 42 ans, sans antécédents autres qu'une blennorrhagie, atteint d'une ulcération du pavillon de l'oreille gauche. Cette lésion avait débuté, 8 semaines avant son entrée à l'hôpital, par l'apparition de croûtes d'abord isolées, puis confluentes avec légère douleur de la région; celle-ci ne fut jamais très intense. Le premier examen fait par Jarisch lui permit de constater, une fois les croûtes enlevées, une ulcération superficielle, d'un jaune rougeâtre, granuleuse, peu saignante. Les bords de cette ulcération figuraient cinq segments de cercle, d'où un aspect serpigneux avec cinq centres principaux. Ces bords, dans une largeur de 5 millimètres seulement, étaient rouges, tuméfiés, déchiquetés sans être décollés. Les ganglions cervicaux étaient tuméfiés la muqueuse pharyngée paraissait plus rouge qu'elle ne doit l'être normalement. L'examen des poumons révélait aux deux sommets une légère diminution du son avec rudesse de l'inspiration.

Le diagnostic fut réservé, l'aspect de cette ulcération ne permettant de songer ni à la syphilis ni à l'épithélioma, ni au lupus, ni à la scrofule. Après un pansement de trois semaines avec l'huile de foie de morue; la lésion s'était un peu étendue; mais le malade se plaignait de la gorge et l'on constatait sur la voûte palatine et le voile du palais l'existence d'un certain nombre d'ulcérations arrondies, de la grosseur d'un grain de millet ou davantage, et à leur voisinage des granulations d'un rouge jaunâtre qui représentaient évidemment le premier terme du processus ulcératif; nul doute, même en l'absence de signes de tuberculose pulmonaire, qu'il ne s'agit d'ulcérations tuberculeuses de la bouche et probablement de la peau. Le malade mourut au bout de deux mois avec des symptômes de tuberculose généralisée.

L'autopsie, faite par Chiari, permit de constater, indépendamment des

lésions de la phthisie pulmonaire, des ulcérations semblables à celles de la peau et de la muqueuse buccale, occupant la trachée et l'intestin. L'examen histologique de ces ulcérations, de celle de la peau en particulier, confirma le diagnostic d'ulcérations tuberculeuses. Les coupes de la peau permettaient de voir de nombreuses granulations miliaires avec des cellules géantes.

Le fait d'ulcérations tuberculeuses de la peau est exceptionnel, ainsi que le font remarquer les auteurs de ce petit mémoire. Chiari dit avoir observé cinq cas d'ulcérations tuberculeuses des lèvres, dont 4 survenus dans les derniers jours d'une phthisie confirmée. Ici l'ulcération occupait le pavillon de l'oreille et parut être la première manifestation de la tuberculose. Les symptômes de cette ulcération, dit Jarisch, furent négatifs par l'absence des caractères qui appartiennent aux autres processus ulcératifs, et positifs par l'aspect serpigneux et déchiqueté des bords.

Il nous paraît intéressant de rapprocher cette observation des faits de tuberculose miliaire aiguë du pharynx décrits par Isambert. Comme dans ces cas, la maladie suivit une marche rapide et se termina par la tuberculose généralisée; mais les auteurs ne signalent qu'accidentellement et en la déclarant peu intense la douleur si vive qui caractérise habituellement la tuberculose miliaire aiguë du pharynx. Jarisch fait remarquer avec raison qu'il s'agit d'une affection bien distincte du lupus vulgaire et que l'identité du lupus et de la tuberculose proposée par Friedlander n'est pas acceptable.

P. MERKLEN.

CHEMISCHE STUDIEN UBER PEMPHIGUS (ÉTUDES CHIMIQUES SUR LE PEMPHIGUS, par JARISCH). *Sitzungsb. der K. Akad. der Wissench.* III Abeth. Juli, 1879.)

L'auteur donne les résultats que lui a fournis l'analyse chimique de l'urine et du contenu des bulles dans deux cas de pemphigus. Voici les conclusions de ce travail : la composition de l'urine diffère si peu de la normale, qu'il n'est pas possible d'en tirer aucune conséquence. La sérosité des bulles a la même composition que celle du sang et que celle des diverses sérosités exsudées, comme, par exemple le liquide contenu dans les phlyctènes des brûlures; les différences sont peu appréciables et purement quantitatives. Contrairement à Bamberger, l'auteur n'a trouvé d'ammoniaque ni dans l'urine, ni dans la sérosité des bulles du pemphigus : ce n'est donc pas la présence de l'ammoniaque en excès dans le

sang qui peut être considérée comme la cause de cette affection. L'ammoniaque trouvé par Bamberger pouvait être le résultat de la décomposition de l'urée de l'urine et de la sérosité des bulles. P. MERKLEN.

SUR LE KERION CELSI, VARIÉTÉ DE LA TEIGNE TONSURANTE, par J. EDMONSON ATKINSON. (*Archives of dermatology*, janvier 1881.)

Très intéressant travail de critique et d'observations nouvelles sur une variété de teigne tonsurante, beaucoup moins connue et étudiée chez nous qu'en Angleterre et qu'en Italie. On sait que c'est Tilbury Fox qui, en 1866, crut devoir reconnaître ce que Celse a amené kerion (κηριον, rayon de miel) dans une forme assez rare d'affection parasitaire du cuir chevelu, caractérisée par des plaques faisant saillie, donnant lieu à une sécrétion muqueuse par de nombreuses ouvertures, qui ne sont autres que les orifices dilatés des follicules pileux, et couvertes de cheveux désagrégés remplis de productions trichophytiques. Il s'agirait, en un mot, comme Erasmus Wilson le dit, d'une folliculite suppurée parasitaire du cuir chevelu.

Au lieu de la division, proposée par ce dernier dermatologiste, en kerion confertum et dispersum, division tirée assez arbitrairement de l'aspect de l'éruption, M. Atkinson propose d'admettre un kerion aigu et un kerion chronique, suivant que le processus inflammatoire va jusqu'à la suppuration ou qu'elle s'en tient au gonflement modéré et à la sécrétion gommeuse que Tilbury Fox regarde, au début du moins, comme constituant seuls l'affection. Plusieurs observations personnelles à l'auteur, et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire en entier, font bien comprendre les phases diverses de l'affection dont l'état aigu est la variété la plus intéressante : c'est ici le cas de rappeler que quelques dermatologistes, dont les travaux ont été analysés par nous ici même, regardent la production d'un kerion artificiel comme le moyen de guérison le plus efficace dans les cas de plaques d'herpès tonsurant rebelle à tous les traitements usuels ; et, dans ce cas, il s'agit de provoquer une véritable folliculite suppurée dans laquelle le champignon parasitaire serait détruit par l'action du pus. En effet, dans le kerion non suppuré, la sécrétion gommeuse semble avoir sur les productions trichophytiques une action plutôt favorable que nuisible et un kerion dans lequel la suppuration n'est pas d'une durée et d'une intensité suffisante peut être compatible avec la vie du parasite. L'observation II de M. Atkinson est très intéressante à ce point de vue.

Quelques doutes ont été émis sur la nature constamment trichophytique du kerion celsi. On l'a rapproché de l'éruption bromique, de certaines formes de lupus et de syphilides ; on l'a regardé comme pouvant être la conséquence de l'eczéma ou du sycosis. Du moins, jusqu'à plus ample informé, M. Atkinson s'en tient à l'opinion de Fox, de Maioukr, d'Auspitz, etc. et ne diagnostique le kerion que dans les cas de teigne tonsurante.

H. C.

DE L'ÉRYTHEMA GYRATUM, par T. COLCOTT FOX. (*British medical journal*, 20 novembre 1880.)

L'auteur décrit, sous ce nom, une affection qu'il a observée chez les deux enfants aînés d'une famille et qui ne dépend, sûrement, ni de la syphilis, ni du psoriasis, ni d'une maladie parasitaire. L'éruption est caractérisée par de petites papules érythémateuses isolées, de la dimension d'un grain de millet, s'étendant rapidement dans une direction centrifuge, et, formant par la réunion d'anneaux sains à leur centre, des figures festonnées très irrégulières. Chaque poussée dure de huit à dix jours et laisse après elle une pigmentation cutanée considérable, après desquamation presque totale de chaque cercle érythémateux. Cette affection paraît être des plus rebelles, puisque chez les deux sujets observés, elle a débuté à trois ou quatre ans et dure encore à l'âge de vingt ans, par enchaînement des poussées que nous devons de décrire, et d'autres manifestations du même ordre, mais plus aiguës, plus longues et prurigineuses. Le siège de l'érythème était inclusivement les épaules, le haut des bras, la poitrine, les fesses et les cuisses. C'est évidemment de l'érythème multiforme que se rapproche le plus l'érythéma gyratum, tout en s'en éloignant par son siège et sa persistance. Au point de vue du traitement, insuccès de l'arsenic, et grande amélioration par les toniques.

H. C.

CAS DE PEMPHIGUS PRURIGINEUX RÉCURRENT CONSÉCUTIF A LA SUPPRESSION DES RÈGLES, par W.-A. DUNCAN. (*The Lancet*, 8 janvier 1881.)

Chez une jeune fille de 24 ans, l'arrêt prématuré des règles, provoqué une première fois par un refroidissement et spontané, une autre

fois, est accompagné de poussées sérieuses et douloureuses de pemphigus à bulles petites et moyennes. Le siège de l'éruption, disposé symétriquement sur le trajet des deux nerfs médians et cubitiaux, était de nature à obscurcir le diagnostic au début et à faire croire à un herpès zoster; il peut contribuer du moins à faire admettre pour cette affection une étiologie nerveuse. Comme traitement, les dispositions idiosyncrasiques du sujet interdisant la quinine et l'arsenic, l'auteur s'en est tenu aux toniques à l'intérieur, et aux calmants en applications externes. La guérison n'a été obtenue que quatre mois après la seconde poussée. H. C.

ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES, par ARTHUR VAN HARLINGEN. (*Archives of dermatology*, octobre 1880.)

Nous ne pouvons que recommander au lecteur ce travail, qui est une revue très complète de la question des éruptions médicamenteuses, et échappe à l'analyse; il est rempli d'indications bibliographiques des plus utiles. Nous reprochons à l'auteur d'avoir fait plus de compilation que de critique; au point de vue de la pathogénie des éruptions médicamenteuses en général, il se borne à citer la théorie de Beyrend, tout en en reconnaissant l'insuffisance. On sait que cet auteur a divisé les éruptions médicamenteuses en deux catégories: celles dans lesquelles des petites doses du médicament produisent rapidement et par une sorte d'action costatque une éruption généralisée, et celles dans lesquelles le remède, continué pendant longtemps, arrive à saturer l'organisation et par son élimination cause des troubles qui ont surtout leur siège dans les glandes (bromure, iode, etc.).

H. C.

ÉTUDE CLINIQUE DU PAPILLOME DE LA PEAU, par W.-A. HARDAVAY. (*Archives of dermatology*, octobre 1880.)

L'auteur étudie les différentes affections auxquelles on a donné le nom de papillome de la peau; il propose d'enlever cette dénomination aux affections suivantes: 1° aux verrues et aux cornes cutanées, appelées papillome verruqueux par Rindfleisch, Billroth, etc.; 2° au cancer de la peau (papillome malin de Kaposi); 3° au frambœsia ou yaw et autres dermatoses exotiques, qualifiées par certains auteurs de papillome

rymotique et généralement rattachées aujourd'hui à la syphilis; 4° à une série d'affections d'aspect verruqueux, dites papillomes symptomatiques. M. Hardaway croit qu'au point de vue de la dermatologie, il faut réserver ce terme aux trois affections suivantes :

1° Le *papillome névropathique* (synonymie : *nævus papillaris*, *nævus unius lateris*, *papilloma neuroticum*, *ichthyosis*, *hystrix congenita*) caractérisé par des excroissances papillaires plus ou moins pigmentées, limitées strictement à un seul côté du corps et suivant la distribution des nerfs cutanés.

Cette affection rare est congénitale dans la généralité des cas; Hutchinson la regarderait comme le résultat d'un herpès intra-intérin. L'auteur en relate un cas.

2° Le papillome local idiopathique (synonymie *pian rubroïde* d'Alibert, *syccosis capillitii* de Rayer, *dermatitis papillomatosa capillitii* de Kaposi) caractérisé par une inflammation chronique idiopathique du derme par suite de laquelle il se fait une prolifération du tissu conjonctif avec vaisseaux sanguins et excroissances papillaires.

3° Le papillome général idiopathique, affection rare de cause indéterminée, véritable éruption d'excroissances fongueuses de différentes grosseurs. M. Hardaway a observé un cas très intéressant de papillome généralisé chez un enfant de 7 mois, indemne de syphilis, et, du reste, rapidement guéri par le traitement tonique et l'arsenic. Chez ce malade, les tumeurs papillaires suppuraient et le diagnostic ne pouvait être fait qu'après un examen approfondi; la santé générale était peu altérée.

H. C.

PITYRIASIS MACULATA ET CIRINATA, par LOUIS-A. DUHRING. (*The American journal of medical science*, octobre 1880.)

Le pityriasis circiné a été l'objet de peu de travaux spéciaux, il semble être à peu près inconnu des auteurs allemands et anglais; en France, Bazin a décrit comme variétés distinctes du pityriasis rubra, le pityriasis maculata et le pityriasis circinata. La description qu'il donne de ces éruptions est des plus précises et permet de séparer d'une façon très nette la dernière variété de la teigne circinée et de certaines formes de psoriasis. M. Hardy a également décrit d'une façon plus concise la teigne circinée, mais, depuis cette époque la littérature bibliographique est des plus pauvres à ce sujet et ne se compose guère que d'un mémoire de M. Horand paru dans le tome VII de nos *Annales*.

M. Duhring analyse soigneusement ce travail dont il fait ressortir l'intérêt ; le pityriasis circiné y est noté sept fois chez des enfants de 7 à 13 ans et distingué soigneusement des affections eczémateuses et parasitaires. Le siège de l'éruption dans les faits de l'Antiquaille était surtout le cou et les épaules ; elle était caractérisée par des plaques sèches, de dimensions petites et plus ou moins nettement circonscrites. M. Duhring décrit de son côté six cas observés chez les adultes et qui rentrent nettement dans cette description. Réserveant pour plus tard l'étiologie et le diagnostic, il se contente d'insister sur le caractère bien défini de cette éruption, qui ressemble avant tout à l'herpès circiné par son aspect, mais qui en diffère essentiellement par son caractère non contagieux et par les résultats négatifs de l'examen microscopique. Des plus bénignes chez l'enfant, le pityriasis circiné, à s'en rapporter aux faits de M. Duhring, serait un peu plus grave chez l'adulte ; il s'accompagne parfois d'un épaissement et d'une pigmentation de la peau. Dans la 6^e observation, l'éruption présentait un caractère un peu polymorphe qui rendait le diagnostic plus incertain, mais qui, en somme provenait de la coïncidence des différentes phases de l'affection : maculo-papules au 1^{er} degré, anneaux circonscrits au 2^e, et plaques indurées au 3^e. Les démangeaisons sont le plus souvent très vives et affectent quelquefois un caractère nocturne qui peut entretenir l'idée de la gale. Le traitement est dans tous les cas des plus simples, et au bout d'un temps qui varie de quelques semaines à quelques mois, le pityriasis circiné guérit presque spontanément sans complications.

H. C.

COMPLÉMENT AU TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU, par le professeur H. HAUSPITZ.

Voici d'après cet auteur, la définition des formes fondamentales des dermatoses :

1^o *Taches (macules)*, changements dans la couleur ou la consistance de la peau sans modification essentielle de son niveau :

a) Taches par hyperémie ou tuméfaction (érythèmes) ;

Avec prédominance tuméfaction active (érythèmes artériels) ;

Avec prédominance de tuméfaction passive (érythèmes veineux, cyanosiques) ;

Avec hémorragies simultanées (érythèmes hémorragiques) ;

b) Taches résultant de l'infiltration de la matière colorante du sang dans la peau (hématochromoses) ;

c) Taches résultant de l'infiltration du sang en substance (ecchymoses) ;

d) Taches produites par des anomalies pigmentaires (parachromaties : blanches, noires, fauves, etc.) ;

e) Peau brillante ou lisse (liodermies) ;

f) Peau sèche (xérodermie) ;

g) Peau rigide (sclérémie ou sclérodermie).

2° *Papules*. Élevures cutanées ne renfermant pas de liquide à l'état libre, c'est-à-dire de liquide accumulé entre les cellules épineuses de l'épiderme :

a) Papules inflammatoires ;

b) Papules formées par l'accumulation du stratum épidermique des orifices des follicules pileux et ne se transformant pas en vésicules et en pustules (lichen) ;

c) Papules provenant de l'érection des follicules pileux ou lanugineux (peau ansérine, papules du prurigo).

3° *Papules de granulation (tubercules)*. Élevures solides consécutives à des granulations dans le derme ;

4° *Plaques ortiées (papules d'urticaire, pomphi)*, élevures solides résultant d'une tuméfaction œdémateuse consécutive à une irritation angionerveuse ;

5° *Vésicules et bulles*, élevures avec un liquide librement accumulé, séreux, c'est-à-dire contenant peu de corpuscules de pus :

a) Vésicules et bulles inflammatoires. Comme forme de synanthème, il faut y comprendre « l'herpès », groupes de vésicules inflammatoires à marche aiguë et cyclique ;

b) Vésicules et bulles akantholitiques (pemphigoïdes) ;

6° *Pustules*. Élevures avec contenu purulent librement accumulé. Si la stase veineuse prédomine à la base et au voisinage des pustules, elles constituent alors les « pustules d'ecthyma ».

Telles sont les formes d'efflorescences.

Ce qu'on désigne sous le nom d'efflorescences secondaires et de produits morbides secondaires sur la peau : squames, croûtes, érosions, fissures et ulcères, cicatrices, ne représentent le plus souvent que des formes de l'action irritante (stigmaté, érosion) ou des phases de l'évolution ultérieure et de la terminaison des efflorescences primaires, on ne doit donc pas les ranger parmi les efflorescences elles-mêmes, quoique dans la classification leur importance, comme principe de division, ne le cède en rien à celle des efflorescences, et des synanthèmes proprement dits.

A. D.

SYPHILIGRAPHIE

- I. — **Augusto Ravogli e Enrico Rasori.** — RESO CONTO DEGLI AMMALATI CURATI NELLA CLINICA E DISPENSARIO DERMO-SIFILOPATICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA PER GLI ANNI SCOLASTICI 1877-78, 1878-79, DIRETTA DAL PROF. CAV. CASIMIRO MANASSEI (COMPTE RENDU DES MALADES TRAITÉS DANS LA CLINIQUE ET LE DISPENSAIRE DERMO-SYPHILOPATHIQUE DE LA R. UNIVERSITÉ DE ROME POUR LES ANNÉES SCOLAIRES 1877-78, 1878-79, SOUS LA DIRECTION DU PROFESSEUR Casimir Manassei). *Giornale Ital. delle malattie veneree*, 1880, pages 205 et suiv., 286 et suiv., 337 et suiv.
- II. — **Achile Breda.** — RENDICONTO CLINICO DEI CURATI NELLE CLINICHE E DISPENSARIO SIFILODERMOPATICI E SIFILICOMIO DI PADOVA DAL MAGGIO 1878 AL DICEMBRE 1880 (COMPTE RENDU CLINIQUE DES MALADES TRAITÉS DANS LES CLINIQUES ET LE DISPENSAIRE SYPHILODERMOPATHIQUES DE PADOUE, DU MOIS DE MAI 1878 A DÉCEMBRE 1880). *Giornale Italiano delle mal. ven.*, 1881.
- III. — **Gamberini.** — STATISTICA DELLE MALATTIE VENERIE SIFILITICHE E CUTANEE CURATE NELLA CLINICA DI BOLOGNA NELL' ANNO 1879 (STATISTIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, SYPHILITIQUES ET CUTANÉES TRAITÉES DANS LA CLINIQUE DE BOLOGNE, PENDANT L'ANNÉE 1880). *Giornale, etc.*, 1880.

Les lecteurs des *Annales* qui connaissent tous le nom et les travaux de Casimir Manassei seront bien surpris en apprenant dans quelles conditions précaires l'éminent professeur est tenu d'enseigner les maladies vénériennes et cutanées à Rome, capitale de l'Italie.

Douze lits en tout, six pour les hommes et six pour les femmes sont alloués à la clinique spéciale dans l'hôpital san Gallicano de novembre à la mi-juin, époque à laquelle les salles sont fermées et les malades congédiés.

Depuis 2 ans seulement un dispensaire permanent a été ouvert rue Luciano Manara, n° 23, au premier étage. Le présent compte rendu porte donc sur un nombre très restreint d'observations (514 hommes et 329 femmes), ce qui n'a pas empêché les auteurs de le développer considérablement ; pour être peu nombreux, les faits n'en sont scrutés qu'avec plus de soin, et leurs conséquences pratiques et théoriques plus

scrupuleusement déduites. Signalons çà et là quelques points particulièrement dignes d'attention.

L'eczéma des mains a été observé assez fréquemment. Traitement : gants de caoutchouc. Les auteurs nous apprennent qu'avant l'introduction de ce moyen si précieux, le professeur Manassei se bornait à placer le membre dans l'immobilité absolue sur une planchette pratique dont il se louait beaucoup.

Un cas d'herpès génital sur une petite fille vierge de onze ans, mérite d'être noté ; les grandes lèvres et le pubis étaient le siège de l'éruption dont l'importance au point de vue médico-légal pourrait prêter à des développements étendus.

Dans un cas l'herpès tonsurans fut transmis par un faux chignon acheté peu auparavant ; c'est là une étiologie bien intéressante, et peu signalée jusqu'ici. La médication adoptée contre le parasite était basée sur l'emploi du sublimé et de la teinture éthérée d'iode.

Notons 3 cas d'ecthyma paludéen ou mieux d'ecthyma consécutif à la cachexie palustre, les malades étaient anémiques souffrant de catarrhe gastrique, avec une rate énorme et la peau terreuse caractéristique ; leurs jambes et même d'autres parties du corps étaient recouvertes de grosses pustules à croûtes noirâtres, à pus ichoreux, fluides et sales.

Un enfant de quatre ans était atteint d'ichthyosis histrix dans le cou, le dos, les aisselles, la poitrine, les extrémités supérieures et inférieures ; on voyait des plaques et des lignes demi-circulaires formant des papilles dures, calleuses, de la grosseur d'un grain de mil ou plus ; par-dessus s'étalait un épiderme dur pigmenté et comme granuleux ; mais le fait intéressant réside dans cette particularité déjà notée par Hébra et Kaposi, que les éléments morbides suivaient d'une façon assez apparente des lignes correspondant aux branches nerveuses sous-jacentes.

Deux cas de leucoplakia buccalis ont fourni à Manassei l'occasion d'une thérapeutique causale assez heureuse. — Chez une première malade le dos de la langue était strié de raies blanches de 2 à 3 centimètres de longueur. Le sujet se croyait syphilitique, mais il suffit de le soumettre à des cautérisations argentiques à l'absorption de l'eau alcaline de Montecatini, et de pillules composées (rhubarbe et bicarbonate de soude) ; la lésion linguale était contemporaine, sinon dépendante d'un catarrhe stomacal avec hypertrophie du foie. Un second cas fut observé dans des conditions absolument semblables. La conclusion du professeur et que cette singulière lésion n'a aucun rapport avec la syphilis et pourrait bien être engendrée par des troubles de la muqueuse gastro-intestinale.

Sous le vocable lupus serpigneux, les auteurs rapportent deux faits tendant à prouver qu'il s'agit d'une forme de syphilis tardive. Je les re-

produis brièvement parce que la question est fort à l'ordre du jour actuellement. — 1^{er} cas : homme de 24 ans, large plaque tuberculeuse de la face, très saillante sur les bords, lisse et brillante sur les parties centrales ; lupus type. Le malade sait que sa nourrice était syphilitique, mais il n'a jamais présenté aucun accident. Un traitement spécifique le guérit presque complètement en moins de 2 mois. — Une jeune fille était depuis un an atteinte d'un lupus tuberculeux de la fesse droite. Aucune trace de syphilis, mais la mère se rappelle vaguement que le père a eu la vérole ; guérison rapide par la décoction de Zittmann.

Peu de chose à dire du chapitre relatif aux maladies vénériennes et syphilitiques. Une chose cependant me frappe tout particulièrement. Page 381, à propos des éruptions secondaires, je lis ces lignes : « En même temps que paraît la roséole on note une sensation désagréable de sécheresse dans l'arrière-bouche, accompagnant un érythème qui dans 5 cas s'est propagé par la trompe d'Eustache et a produit un catarrhe aigu de la trompe et de l'oreille moyenne. »

Quelques lignes plus loin à propos de la phase tardive qui se signale par la production de l'iritis je lis encore : « Dans cette période on eut l'occasion d'observer 3 fois le catarrhe de l'oreille moyenne à marche plus chronique et plus persistante. » Enfin page 382 il s'agit de la période tertiaire, et je lis encore : « Dans 3 cas on constata une affection singulière de l'oreille moyenne, un vrai catarrhe syphilitique, qui nécessita la ponction de la membrane et l'évacuation d'un liquide dense filant collecté dans la cavité tympanique. »

Que dire de cette fréquence des otites moyennes ? Le total des syphilitiques secondaires en observation était, nous disent les auteurs, de 88 et 8 faits d'une maladie aussi rare constituent une proportion bien inexplicable ; sur ce point, apparaissent d'une façon bien nette les inconvénients de ces comptes rendus généraux, où les faits les plus dignes d'attention n'ont, pour ainsi parler, que la valeur d'un chiffre. Combien les auteurs nous eussent intéressé davantage en laissant de côté mille observations relatives à des points bien établis, pour nous satisfaire sur quelques-uns qui nous étonnent. Pourquoi ces otites par exemple ? Quelles circonstances occasionnelles les ont suscitées ? Reconnaissaient-elles pour cause, comme dans un cas que j'ai observé récemment, des cautérisations amygdaliennes imprudemment faites sur lui-même par le malade ? se sont-elles développées chez des sujets prédisposés aux suppurations par la scrofule ou le lymphatisme ? autant de problèmes d'un grand intérêt sur lesquels nous réclamons d'amples détails.

En résumé ce mémoire, comme la plupart des rapports du même genre, contient une grande quantité d'indications et de renseignements, mais les auteurs me pardonneront de le leur répéter ; il est trop long et trop

bref; les faits du domaine courant sont plutôt du ressort d'une statistique administrative; qu'un travail scientifique; les nombres ou les taux nous n'en avons cure, mais que du moins il nous édifie suffisamment sur les aperçus nouveaux. Autant il nous semble oiseux de savoir combien il a été traité de vaginites ou cautérisé d'ulcères simples, autant il nous importe de connaître, à propos de tel fait rare ou curieux, l'interprétation des consciencieux auteurs et l'opinion émise par un maître aussi autorisé que le professeur Manassei.

II et III. — Des autres comptes rendus dont le titre est inscrit en tête de cet article, je ne veux extraire que quelques particularités intéressantes.

Et d'abord, voici des chiffres relatifs à la proportion réciproque du chancre simple et du syphilome. Un instant éclipsée, la chancelle reparait avec une fréquence vraiment alarmante.

Pendant les années 1879 et 1880 voici en quelle proportion les chancres mous et durs ont été observés à Padoue et à Bologne :

	CHANCRE MOU		CHANCRE SYPHILITIQUE	
	HOMMES.	FEMMES.	HOMMES.	FEMMES.
Padoue. Service de Breda.....	245	197	88	41
Bologne.....	169	41	65	4
Gamberini.....	223	115	56	7
		40		7
	637	333	209	39

Chose assez curieuse la proportion des mous et des durs est bien différente pour l'homme et pour la femme.

Hommes : 3 chancres mous pour 1 dur.

Femmes : 8 chancres mous pour 1 dur.

En somme l'ulcère vénérien l'emporte d'une quantité considérable.

Ulcers mous 970

Chancres syphilitiques. 248

Soit 3. 9 chancres mous pour 1 dur.

Arrêtons-nous maintenant sur le chapitre du traitement mercuriel.

Dans le service de Breda, aussi bien que dans sa consultation, le

traitement banal de la syphilis se fait au moyen des injections sous-cutanées.

L'agent actif est du bichlorure, du bichlorure, du protochlorure ou du biiodure de mercure. Le biiodure offre de grands avantages en raison du peu de réaction qu'il détermine au milieu des tissus. Le calomel (1), au contraire, par ses effets puissants, par le petit nombre d'injections qu'il nécessite, est employé avec fruit chez les personnes indigentes, les gens de la campagne qui ne peuvent se présenter qu'à de rares intervalles au dispensaire.

Le bichlorure à la dose de 1 centigramme pour 1 gramme, c'est-à-dire pour une injection, paraît à l'auteur moins avantageux à cause de la douleur qu'il détermine et de la tuméfaction inflammatoire qui persiste pendant 4 à 6 semaines. Mais il n'en est pas de même du bichlorure que l'auteur recommande à peu près exclusivement. Chaque injection contient 1 centigramme de sel; sans autre traitement, sans topique d'aucune sorte, on voit disparaître assez vite papules, papulesquames, pustules et tubercules après une moyenne de trente injections; assurément il partage cette efficacité avec bon nombre d'autres agents, mais il les surpasse tous par la facilité avec laquelle il est toléré dans les tissus; plus de 2,000 injections ont fourni à peine 3 ou 4 cas de rougeur locale, bientôt dissipée; une fois un petit abcès se forme, mais pour se résorber en peu de temps. Les injections doivent être faites sur le dos et principalement dans la région interscapulaire.

Je passe à la pratique suivie dans la clinique de Rome. Le traitement de la syphilis secondaire, y est-il dit, a été fait presque toujours au moyen des injections de sublimé à 1 centigramme pour cent. Les malades sûrs d'échapper aux troubles digestifs peuvent vaquer à leurs occupations; il leur suffit de venir tous les 2 jours à l'hôpital pour se faire faire une injection; ils retournent immédiatement après à leurs affaires; 15 ou 20 injections suffisent à mettre en déroute érythème ou papules.

Enfin, si je ne tenais pas à ne m'autoriser ici que des documents soumis à mon analyse d'aujourd'hui, je pourrais ajouter que dans beaucoup d'autres services importants de l'Italie, à Milan, à Naples, à Palerme la méthode endermique est à peu près seule en vigueur.

En France au contraire, après une période d'expérimentation, il semble qu'on y ait complètement renoncé; je sais bien que d'intéressantes recherches ont été faites récemment à Lourcine par Terrillon sur les peptonates de mercure, mais ce ne sont que des tentatives isolées et

(1) Injection de Scarenzio, 20 centigrammes de calomel et 1 gramme de glycérine pour une injection à renouveler tous les 15 jours; 2 à 4 injections suffisent.

l'on ne peut contester que la grande majorité de nos syphiligraphes ne tiennent la méthode en un ostracisme absolu.

Quelles peuvent être les causes de cette diversité d'appréciation? Aux faits si probants, aux statistiques si engageantes des étrangers, pourquoi nos maîtres opposent-ils des essais infructueux, voire malheureux? C'est là une question qu'il serait bon de voir reprendre avec quelques détails. L'analyse minutieuse des documents publiés de part et d'autre, et surtout en ce qui concerne le manuel opératoire, expliquerait sans doute bien des accidents dont la méthode n'est pas responsable, et j'estime que sur ce point il ne faudra pas trop compter que la discussion nous donne raison.

Une expérience récemment acquise, quoique d'assez longue durée; m'a convaincu que la méthode endermique présentait une efficacité incontestablement supérieure aux autres et, toutes réserves faites sur les dangers inhérents au médicament, jouissent de la plus parfaite innocuité.

Or, c'est le contraire qui semble être accepté en France comme dogme courant; dès aujourd'hui il nous semble que sur ce point la revision s'impose.

L. JULLIEN.

PRIMO FERRARI. — CONTRIBUZIONE ALLA CLINICA GENERALE ESPECIALE DELL' ENTERO-PÉRITONITE SIFILITICA (CONTRIBUTION A L'HISTOIRE CLINIQUE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE DE L'ENTÉRO-PÉRITONITE SYPHILITIQUE), brochure de 13 pages. Catania stal. Musumeci.

On sait combien sont rares les observations de syphilose intestinale; 3 ou 6 faits, recueillis par Muller, Oser, Laurenzi, constituent tout le bagage de notre littérature sur ce point. Je rappelle pour mémoire que les altérations notées jusqu'ici ont été :

1° La gomme sous forme de tumeur unique ou multiple. Dans le cas de Laurenzi, les dépôts constellaient le péritoine, rappelant par leur disposition les éléments d'une variole discrète, et, siégeant à la fois dans le tissu sous-séreux et dans les couches sous-muqueuses de l'intestin grêle.

2° L'infiltration diffuse susceptible d'occuper une grande étendue du tube digestif et d'y produire comme dans le cas de Laurenzi des alternatives de resserrement et de dilatations ampullaires.

3° Enfin, comme conséquence évolutive de nos lésions, l'ulcère et la sclérose, la perforation et l'angustie.

J'ai tenu à résumer rapidement nos connaissances sur cette question relativement neuve, par ce que l'observation très intéressante que je vais faire connaître a reçu de son auteur une interprétation contestable, et que c'est à la leur des faits bien établis qu'il convient d'en discuter le bien fondé.

Voici le fait.

En septembre 1875 une jeune fille de 19 ans entra au syphilicome de Pérouse. Menstruée à 12 ans, elle avait mis au monde 2 ans plus tard un enfant bien constitué; à la suite d'un choc reçu dans la région iliaque droite, elle avait depuis 4 ou 5 ans ressenti presque constamment une pesanteur douloureuse dans le bas ventre. Mais elle venait se faire soigner pour des éruptions syphilitiques papulo-hypertrophiques, de la vulve; il y avait en même temps une vaginite intense et qui fut longue à disparaître. Cependant après un traitement spécifique, à la fois iodique et mercuriel, elle était bien guérie, quand survint une complication du côté de l'abdomen.

Ce fut tout d'abord une douleur sourde en bas et à gauche du côté de la fosse iliaque, sans fièvre. Au bout de 3 jours la douleur cessa et l'on reconnut la présence d'une tumeur sphérique, uniforme, du volume d'une pomme. A la percussion matité, à la palpation nulle sensibilité.

Le Dr Ferrari pensa immédiatement à une gomme syphilitique intestinale ou sous-péritonéale, en voie de suppuration. La température s'éleva jusqu'à 39°,3 le matin, 39°,7 le soir pour osciller ainsi de 39 à 40°, suivant le type subcontinu, le pouls devint fréquent, la face anxieuse, à expression typhoïde. La tumeur disparut, vraisemblablement après une évacuation par l'intestin, puis se reforma et enfin la malade mourut au milieu de l'appareil abdominal le plus complet, hoquet et vomissements stercoraux, laissant soupçonner une invagination ou un étranglement interne.

A l'autopsie on trouva dans la moitié inférieure gauche de l'abdomen une grande cavité du volume d'un gros poing pleine d'un liquide noirâtre et de détritres nécrosés. Les limites étaient constituées en haut et en dedans par les anses intestinales, à gauche par l'ilium, en bas par la cavité du bassin. Le cæcum était normalement distendu, mais dans tout le reste de son trajet, le colon était fort resserré; sous l'estomac il subissait une inflexion sur lui-même pour reprendre ensuite sa direction ordinaire vers la portion descendante; l'estomac, le foie, les intestins étaient couverts de taches noirâtres et rattachés par des adhérences aux parties voisines; aussi dut-on renoncer à dévider les anses du tube digestif, notamment celles qui formaient les parois de l'abcès. On injecta du liquide par le rectum, mais il reflua vers l'anus; on intro-

duisit une sonde, et elle s'arrêta au niveau de l'abcès. Vers le bas fond du bassin on mit à nu et on enleva un corps rond, du volume d'un citron modérément distendu par un liquide, que l'on considéra immédiatement comme devant être hydatique ; malheureusement cette pièce fut perdue par le garçon du laboratoire d'histologie.

Après avoir rapporté ces détails, Ferrari conclut à l'existence d'une gomme intestinale ayant par action mécanique déterminé une phlogose entéro-péritonéale.

J'avoue qu'il m'est bien difficile d'accepter une telle interprétation, je ne dis pas comme certaine, mais même comme la plus probable. Je reconnais les étroits rapports de contemporanéité ou de succession de la lésion avec les accidents secondaires, mais je ne vois pas bien pour quelles raisons l'auteur écarte l'hypothèse d'un phlegmon ou d'un kyste hydatique suppuré pour se rattacher à celle d'une gomme. Le fait même d'une poche voisine soupçonnée parasitaire me semble un argument contre l'opinion de l'auteur. Enfin cette péritonite tant pariétale que viscérale, si facilement admise comme syphilitique, avec des adhérences universellement disséminées, m'inspire de légitimes soupçons ; je sais bien que l'auteur peut s'appuyer sur le fait de Laurenzi, où pareil phénomène fut observé, mais quelles différences dans les circonstances concomitantes. Où sont ces gommès qui semblables à des pustules varioliques parsemaient les parois du grêle, où sont ces rétrécissements dus à l'infiltration du néoplasme ?

En résumé cette observation, bien qu'incomplète, offre le plus grand intérêt, mais il nous semble qu'il est sage de réserver son avis, et qu'elle est de celles qu'il convient de noter avec soin en attendant que des faits analogues en viennent éclaircir le sens précis.

L. JULLIEN.

TOMMASO DE AMICIS. — SULLA SIFILIDE OSSEA E MUSCOLARE CASUISTICA CLINICA E CONSIDERAZIONI. (SUR LA SYPHILIDE OSSEUSE ET MUSCULAIRE, OBSERVATIONS CLINIQUES ET CONSIDÉRATIONS). — *Il movimento medico-chirurgico*, fasc. 8, 1880.)

Deux observations très intéressantes servent de base à ce travail ; la première, qui a trait aux fractures spontanées d'origine syphilitique, mérite surtout d'attirer l'attention.

L'importance de la syphilis dans l'étiologie des fractures a été tour à tour soupçonnée, reconnue, exagérée, puis niée tout à fait, ou tout au

moins très contestée. Je n'en veux pour preuve que les lignes suivantes que j'emprunte au plus récent de nos classiques (Follin, vol. II, p. 746, 1867) : « La syphilis exercerait aussi, dit-on, dans les os, une action qui se révélerait par une friabilité plus grande du tissu osseux. Avant de rechercher, comme l'ont fait quelques auteurs, si cette prétendue fragilité des os dans la vérole est due à la carie, à la nécrose, à un ramollissement particulier du système osseux ou à des productions tertiaires dans les os, il faudrait d'abord établir par des faits bien étudiés la fréquence relative des fractures chez les syphilitiques ; or, cette fréquence n'est nullement prouvée. » Aujourd'hui la question a fait du chemin ; elle est, on peut le dire, à l'ordre du jour, et bien que l'anatomie pathologique ne nous ait peut-être pas encore suffisamment renseignés à son égard, les observations seront bientôt assez précises et assez nombreuses pour un travail d'ensemble (1).

Voici le fait apporté par le professeur de Amicis (de Naples). L'observation est assez importante par elle-même pour mériter d'être reproduite dans ses principaux détails :

Paolillo Giuseppe, âgé de 49 ans, robuste conducteur d'omnibus ; chancres et bubons à l'âge de 18 ans ; plus tard, ulcérations diverses sur la verge, sans qu'il puisse en préciser exactement la nature. En 1875, tuméfactions douloureuses sur différents points du squelette (sternum, côtes) ; ulcération de longue durée et guérison tardive, avec cicatrice déprimée, adhérente à l'os. Il ne fit à ce moment aucun traitement général. Fin 1877, commencèrent à se faire sentir, vers la diaphyse de l'humérus gauche des douleurs très faibles d'abord dans la matinée, mais s'exaspérant bientôt au point de devenir absolument insupportables vers la fin de la soirée. Un traitement iodo-mercurique le soulagea quelque peu. Deux mois plus tard, comme il essayait de se chauffer et tirait avec effort sur la tige des souliers, il éprouva une sensation très pénible dans le bras gauche, devenu brusquement le siège d'une mobilité anormale. Reçu à l'hôpital, il fut reconnu atteint d'une fracture et traité au moyen d'un appareil inamovible qui resta 30 jours en place. Au bout de ce temps, le cal était formé.

Deux mois après, nouvelles douleurs paroxystiques, fixes et irradiées dans les avant-bras, les articulations scapulo-humérales, et les membres infé-

(1) On peut consulter sur ce sujet, sans parler des belles recherches de Parrot, les travaux suivants :

PATEY. — Étude d'ensemble sur les fractures spontanées. *Thèse de Paris*, 1876. (Observations de Chauquet).

HUTCHINSON. — *London Hospital Report*, 1866, vol. 3, p. 381.

CELSO PELLIZZARI. — *Annales de Dermatologie*, 1880, p. 354.

Il existe encore deux autres observations de Bumstead et de Volkmann.

rieurs. Il entre de nouveau à l'hôpital, et peu après se fracture son col en se soulevant dans son lit pour accomplir ses fonctions naturelles. Nouvelle application d'appareils contentifs, en même temps administration d'un traitement spécifique (iodure à la dose de 3 grammes par jour). L'appareil resta en place du 4 décembre au 6 février; mais la consolidation étant encore imparfaite, on dut maintenir encore un léger bandage. En même temps on associe à la cure iodurée les frictions mercurielles.

Vers la fin d'avril, 50 frictions ayant été faites, il n'y avait plus aucune mobilité, le malade quitta l'hôpital bien guéri, le 3 mai 1879.

Comme on le voit, le cas est des plus nets, la fracture a été occasionnée par la contraction musculaire en un point qui, deux mois auparavant, aurait été le siège d'une lésion spécifique à peine dissipée, par un traitement insuffisant; il y avait eu profonde désorganisation de la lame compacte diaphysaire, accumulation de cellules embryonnaires et destruction graduelle du tissu périphérique. Au bout d'un temps plus ou moins long, la dégénérescence caséuse était survenue, une cicatrice s'était formée; mais, ainsi que le rappelle très bien M. De Amicis, Virchow a montré que la cicatrice osseuse consécutive aux lésions syphilitiques diffère essentiellement de toute autre. Au lieu d'être épaisse et de fournir une réparation exubérante, elle offre pour caractère essentiel un défaut de production au centre et un excès de néoformation sur les bords. La sclérose et l'hyperostose masquent du moins des points dans lesquels la structure du cylindre osseux est grandement lésée et sa solidité absolument compromise. Ce fait s'observe notamment sur les os du crâne; une perforation vient-elle à s'y produire par suite d'une gomme, la perte de substance qui en résulte n'est pas comblée par du tissu osseux nouveau; mais par une cicatrice fibreuse. Qu'un tel phénomène se produise sur un os long, il est facile de comprendre quelle fragilité en dérivera si l'hyperostose environnante est insuffisante pour contre-balancer la faiblesse relative du point central. Dans le cas présent, l'interprétation ne saurait être douteuse, ostéomyélite ou ostéopériostite gommeuse ont subi leur évolution; si la localisation était soutenue, elle serait affirmée par le caractère des douleurs, resté le même qu'au temps où Fallope écrivait: « XXII, *Horâ incipit dolor, non pervenit ad mediam noctem et clamor percudit auras.* »

Gommes récentes ou cicatrices de gommes; voilà donc une double cause indiscutable de débilité osseuse pouvant occasionnellement amener une fracture dite spontanée, au même titre que toute lésion, toute influence pathologique agissant *in situ*. Mais existe-t-il une disposition générale engendrée par la syphilis en tant que diathèse, déterminant sur tout le système osseux, un processus de dénutrition dont la consé-

quence soit de le rendre plus vulnérable. Tel est le point sur lequel de nouvelles recherches sont nécessaires. Très tentés de l'admettre *a priori*, nous manquons encore de confirmations microscopiques et anatomo-pathologiques, et, dans l'un des cas les plus probants, celui de Chuquet, il faut bien avouer que la coïncidence d'une tumeur blanche du genou, et d'exostoses diverses rend probable l'existence d'une lésion sur la clavicule cassée ; au reste, on sait que la clavicule est par excellence le lieu des fractures par action musculaire.

Une autre particularité est à relever dans cette observation : c'est l'absence de traitement mercuriel avant les accidents dont nous nous sommes occupés. Le fait est bon à noter, bien que, depuis les travaux d'Overbeck et de Kussmaul, il ne soit plus besoin de réfuter les assertions irraisonnées des antimercuralistes intransigeants qui attribuaient à l'influence de l'hydrargyre toutes les lésions osseuses survenues pendant le cours de la syphilis.

JULIEN.

SYPHILIS CONGÉNITALE DE LA GORGE, TRAVAIL BASÉ SUR L'ÉTUDE DE 150 CAS, par JOHN-N. MACKENSIE. (*The American journal of the medical sciences*, octobre 1880.)

Voici l'analyse aussi complète que possible de ce travail important, basé sur des faits personnels et sur des observations étrangères, dont plusieurs appartiennent à l'homonyme de l'auteur, le laryngoscopiste anglais Morell Mackensie.

I. — *Lésions du pharynx*. La *pharyngite superficielle* est caractérisée par un érythème ou par une infiltration lardacée ; mais l'auteur croit, avec Bärensprung, à la spécificité de certaines *folliculites*.

La *plaque muqueuse*, si fréquente sur la luette, les amygdales et les piliers du voile, est au moins exceptionnelle sur la partie postérieure du pharynx.

Les amygdales sont presque toujours le siège d'une *hypertrophie* qui leur donne un aspect uniforme cireux (*waxy*) avec effacement des orifices des follicules, et adhérences fréquentes au voile du palais.

Il est rare de rencontrer des *végétations* analogues à celles du larynx ; elles siègent alors sur la voûte du palais et la base de la langue ; elles coïncident avec la kératite et sont ordinairement multiples, larges et pédiculées.

Avec les ulcérations pharyngiennes coïncide ordinairement une stomatite infiltrant la muqueuse. Les altérations dentaires décrites par Hutchinson seraient, par contre, des plus rares.

Quant aux ulcérations profondes du pharynx, l'auteur est très sceptique au sujet d'affections décrites comme angine scrofuleuse et il croit qu'on a bien souvent décrit comme telles des lupus, et surtout des manifestations tuberculeuses et syphilitiques. Il insiste, au contraire, beaucoup sur les ulcérations pharyngées rattachées à la syphilis héréditaire tardive et si bien étudiées, en particulier par l'école de l'Antiquaille (thèse de Chaboud, 1875). Les circonstances suivantes serviront de base au diagnostic de la syphilis : 1° ulcérations simultanées ou consécutives de la voûte du palais, du pharynx et du nez ; 2° lésions situées à la partie médiane et amenant de chaque côté des ulcérations égales et symétriques ; 3° tendance des ulcérations à attaquer l'os et à amener la carie et la nécrose (dans les $\frac{3}{5}$ des cas) ; se méfier des soi-disant ulcères perforants non spécifiques (Thomas Williams, Homolle).

Les ulcérations profondes de la langue ont été observées trois fois par l'auteur, et, en outre, par Holmes et par Casati à l'état des cicatrices.

Les conséquences des ulcérations pharyngées (adhérences, etc.), ne présentent rien de spécial à la syphilis héréditaire.

Les lésions de l'œsophage sont d'une rareté extrême, malgré l'irritation constante de ce conduit par les produits de sécrétion. Notons un cas d'ulcération observé par Billard, et un autre de perforation communiquant avec la partie moyenne du cou relaté par Reimer.

II. — *Lésions du larynx.* « Les lésions laryngées de la syphilis congénitale sont constantes et caractéristiques et jouent un rôle important dans l'évolution pathologique de la maladie. » Telle est la proposition fondamentale de l'auteur, qui met sur le compte des difficultés de l'examen du larynx des enfants la rareté relative de l'étude de ces faits.

Les laryngites de la syphilis congénitale sont de trois espèces : *superficielles, profondes et interstitielles*. La laryngite superficielle chronique débute comme une laryngite catarrhale simple associée au coryza et à l'érythème du pharynx ; mais il se fait vite une infiltration œdémateuse souvent généralisée, quelquefois limitée à un des côtés de l'organe et, surtout en l'absence de traitement, de petites ulcérations très rebelles, très sujettes à récidiver, et dont les cicatrices s'accompagnent souvent d'hypertrophie papillaire.

La laryngite profonde ou ulcéreuse correspond aux lésions tertiaires de la syphilis acquise ; elle se présente souvent en l'absence de toute manifestation buccale, et la pharyngite ulcéreuse semble avoir une tendance marquée à s'étendre en haut sur la cavité naso-pharyngienne et non en bas du côté des voies aériennes. La laryngite ulcéreuse serait, d'après l'auteur, une manifestation toute spéciale de la syphilis héréditaire ; son siège le plus fréquent est l'épiglotte et après les ventricules ;

la périchondrite et la carie des cartilages en sont une conséquence très habituelle.

La *laryngite chronique interstitielle* tient le milieu entre ces deux formes: elle est caractérisée par des dépôts successifs de matière fibroïde qui amènent des poussées successives; un rétrécissement capable de nécessiter la trachéotomie est une complication qui est loin d'être rare dans cette affection.

III. — *Lésions de la trachée et des bronches.* Lésions de même nature que pour le larynx; rien de bien nouveau sur le sujet à signaler dans ce résumé, excepté l'analyse de deux faits de rétrécissement syphilitique des bronches dus à Woronchin et à Hüttenbrunner.

L'auteur décrit avec grands détails les caractères cliniques des manifestations laryngiennes de la syphilis congénitale, mais sans y ajouter rien de bien nouveau; il insiste sur la gravité du pronostic, due surtout aux complications œdémateuses possibles, et préconise comme traitement les frictions mercurielles sur le cartilage thyroïde, les fumigations au calomel ou à l'iodate de zinc et l'iodure de potassium à l'intérieur. En somme, son travail est un bon résumé d'une question intéressante, il est riche en indications bibliographiques, et rachète le peu de nouveauté de ses conclusions par la valeur des documents qu'il résume. Nous lui ferons un reproche assez sérieux, c'est d'avoir englobé dans une description uniforme les cas de syphilis congénitale de la première enfance et ceux de la syphilis héréditaire tardive, bien que les manifestations pharyngées et laryngées aient dans les deux cas des caractères cliniques (surtout pronostiques et diagnostiques) importants à différencier.

H. C.

PARALYSIE DES NERFS CRANIENS DANS LA SYPHILIS CONGÉNITALE, par NETTLESHIP. (*British medical journal*, 30 octobre 1880.)

L'auteur présente à la Société pathologique de Londres une jeune fille de 14 ans, atteinte incontestablement de syphilis héréditaire et chez laquelle on observe, du côté droit, une paralysie des troisième et sixième paires crâniennes, une anesthésie partielle de la peau innervée par la première et la deuxième branche de la cinquième paire, et une saillie moindre du globe oculaire due probablement à une asymétrie crânienne. La cornée est opaque et la pupille déformée par suite d'un ancien iritis; l'examen du nerf optique est, par suite, impraticable. Absence complète de symptômes cérébraux. Le compte rendu trop sommaire auquel nous empruntons cette observation rare ne donne aucun renseignement sur la pathogénie, ni sur le traitement de cette affection.

H. C.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

TOMMASO DE AMICIS. — L'ASCESSO DELLA GLANDOLA VULVO-VAGINALE E LA FISTOLA VULVO-RETTALE (L'ABCÈS DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE ET LA FISTULE VULVO-RECTALE). *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1880, page 58.

C'est pour la première fois que, dans les *Annales* renouvelées, je rencontre le nom de M. Tommaso de Amicis, le distingué professeur napolitain, et je m'en voudrais de passer outre sans payer un hommage tout particulièrement sympathique aussi bien à l'homme qu'au savant. Il n'est pas de confrère étranger auprès duquel les hommes et les œuvres de notre pays soient sûrs de trouver un plus chaud accueil; il en est peu qui n'aient connu les bienveillances de sa plume. Ajoutons que la manière nette et concise de l'auteur, l'esprit original de ses travaux égalent sa fécondité. Il y a longtemps que nous voulions lui envoyer ce tribut d'une gratitude qui n'est pas seulement personnelle, et nous ne perdrons aucune occasion de le renouveler.

Chacun connaît l'indécision de la thérapeutique chirurgicale en face des abcès de la grande lèvre. Ouvrez de bonne heure, disent beaucoup d'auteurs. « Je crois que l'on se presse trop d'ouvrir ces abcès, s'écrie Guérin, on ne doit les inciser que si la douleur est très vive; quand l'abcès de la glande n'est compliqué, ni de chancre, ni de blennorrhagie, j'attends dans l'espoir que le pus se fera jour par l'orifice du conduit excréteur et je n'ai jamais eu à le regretter. »

M. de Amicis tranche le débat avec des faits. On a dit que le pus enserré entre les feuillets de l'aponévrose ne pouvait s'ouvrir une voie du côté du rectum. Cette assertion est fausse, les observations sont là pour le prouver. L'auteur nous décrit 9 trajets fistuleux glandulo-rectaux ou glandulo-anaux qu'il a sous les yeux en même temps dans son service du syphilicome. Eh! qu'apprennent encore ces observations? C'est que toutes les malades qui sont affligées de cette infirmité sont des victimes de l'expectation; soit qu'elles aient eu affaire à des médecins partisans de l'abstention, soit qu'elles aient négligé de consulter à ce sujet. La démonstration est péremptoire.

La conclusion, c'est qu'il faut débrider de bonne heure et largement soit en dedans au voisinage de l'insertion des nymphes, soit en dehors. L'auteur conseille d'y joindre l'incision du canal excréteur qu'il a coutume de pratiquer avec le couteau de Weber, dont se servent les oculistes pour l'incision du canal lacrymal. Toutes ces précautions ne paraîtront pas inutiles à qui connaît les suites de la fistule vulvo-vagi-

nale ou vulvo-rectale, catarrhe séro-muco-puruleux du trajet, sténose du conduit et tuméfaction par rétention, inflammations récidivantes, et tous autres inconvénients graves auxquels on ne peut soustraire la malade qu'à l'aide de remèdes pires que le mal. L. JULLIEN.

SALVATORE GORTINI. — NOTA SULLA CURA DELL'ORCHITE BLENNORRAGICA (NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE). (*Giorn. di medicina militare*, avril 1880.)

Tous les auteurs ont reconnu les avantages de la compression dans l'orchite blennorrhagique, et parmi les agents destinés à l'obtenir beaucoup vantent le collodion. Un inconvénient capital s'oppose cependant à son emploi, c'est la douleur excessive que provoque son application; l'éther, s'infiltrant dans tous les interstices du scrotum, y détermine une cuisson absolument intolérable. Ce fait est reconnu par presque tous les praticiens; il y a quelque temps, mon ami, Ramorino, de Gênes, dont l'expérience en ces questions est très étendue, se déclarait, à regret, forcé d'y renoncer à cause des souffrances qu'il provoquait.

Aujourd'hui le Dr Gortini propose une substance qui offrirait tous les avantages du collodion, sans présenter ces inconvénients: c'est la *colléine*, obtenue il y a quelque temps par Gontry, et présentée comme un véritable succédané du collodion. Elle ne contient ni éther, ni principe irritant quelconque, et exerce une compression continue très efficace.

Son emploi est des plus simples. Il suffit d'en étendre une couche sur le scrotum, deux ou trois fois par jour, au moyen d'un pinceau. Gortini conseille d'en faire usage dès les premiers jours, sans attendre que la douleur ait cessé ou diminué; à quelque période du mal que ce soit, le soulagement est rapide. Au second jour, la douleur a disparu, au cinquième, l'œdème n'existe plus; du huitième au dixième jour, le scrotum est revenu à ses proportions presque normales. L'engorgement testiculaire, qui persiste encore, est justiciable, on le sait, du temps et de l'iodure de potassium.

Je ne voudrais certainement pas critiquer l'emploi de cette substance, que je n'ai pas encore essayée, mais je ferai remarquer que les promesses faites par l'auteur me semblent un peu hyperboliques. Chacun sait quelle prompte efficacité montre, dans l'immense majorité des cas, le bandage de Langlébert, aujourd'hui employé presque exclusivement dans les hôpitaux de Lyon; il est bien certain que cet appareil réalise une compression douce, méthodique et continue; son action est vraiment merveilleuse, de beaucoup supérieure à celle du collodion;

cependant il est des cas où les douleurs prennent le dessus et résistent à ce mode de traitement; il y a plus, j'ai vu des malades dont les souffrances repaissaient sitôt que les lacs compresseurs se détendaient. Or, j'ai beaucoup de peine à croire que la colléine ne soit pas radicalement impuissante dans les cas où le coton en grande masse, le caoutchouc et les bandes très serrées ont si peu d'action: on aura beau faire, on n'arrivera pas à supprimer les indications de la glace, l'analgésique tout puissant, dont Diday nous a enseigné l'usage contre l'orchite blennorrhagique.

L. JULLIEN.

I. GAMBERINI. — DECIMO OTTAVO RAPPORTO POLITICO-AMMINISTRATIVO CLINICO DELLA PROSTITUZIONE IN BOLOGNA. (DIX-HUITIÈME RAPPORT POLITICO-ADMINISTRATIF ET CLINIQUE SUR LA PROSTITUTION A BOLOGNE.) (*Giornale ital. delle mal. ven.*, 1880, p. 80).

II. PERICLE MINELLI. — STATISTICA DEGLI AMMALATI PRESENTATISI NELL'ANNO 1879, ALL'AMBULATORIO DELLA CLINICA DI BOLOGNA (STATISTIQUE DES MALADES QUI SE SONT PRÉSENTÉS EN 1879 A L'AMBULANCE DE LA CLINIQUE DE BOLOGNE.) (*Idem*, p. 89.)

Depuis nombre d'années, le professeur Gamberini fait paraître régulièrement le compte rendu de son service de Sainte-Ursule à Bologne et de la clinique. Quel ouvrage intéressant formerait la réunion de tous ces mémoires où les plus petits faits sont notés avec une conscience et un zèle dignes d'un directeur du bureau des longitudes! Aujourd'hui nous extrayons brièvement quelques chiffres du dix-huitième rapport relatif à l'année 1879. On fera bien de les rapprocher de ceux que nous avons fait connaître dans une revue précédente (n° 4, 1880, p. 160).

1° Maladies dont souffraient les prostituées. Syphilicome de Sainte-Ursule, 1879.

Blennorrhagie vulvaire, vaginale, utérine.	5	
— des glandes de Bautholin	10	
Chancre mou à la fourchette	16	
— aux petites lèvres	26	} 117
— à l'orifice vaginal	6	
— à l'orifice urétral	6	
— au col de l'utérus	5	
— à l'anus	26	
Chancre suivi d'adénite	2	
Papules vénériennes (non syphilitiques) (?).	14	
Chancre syphilitique	7	
Syphilide papuleuse	8	
— gommeuse	1	
Rhagades syphilitiques anales	3	

165

*Maladies dont souffraient les sujets de la clinique de Bologne.***HOMMES.**

Blenorrhagie inflammatoire	148
Catarrhe urétral simple	21
Balano-posthite	27
Épididymite blennorrhagique	45
Chancre mou	223
Adénite par chancre mou	117
Phimosis et paraphimosis chancereux	18
Chancre syphilitique	56
Avec phénomènes de syphilis constitutionnelle	61
Chancre mixte	4
Condylomes plats	21
Végétations acuminées	28
	<hr/> 769

FEMMES.

Blenorrhagie vulvaire, vaginale, utérine	19
Chancre mou	10
Adénite par chancre mou	4
Chancre syphilitique	7
Avec phénomènes de syphilis constitutionnelle	42
Condylomes plats	10
Végétations acuminées	5
	<hr/> 97

Une simple réflexion à propos de cette statistique de 1879. En 1878, dans le même service (voir plus haut, page 160), le nombre des chancres syphilitiques était à peu de chose près le même : 80, au lieu de 70, et celui des chancres mous était de 150, soit un peu moins de 2 mous pour 1 dur. En 1879, les syphilitiques sont au nombre de 70 ; si la proportion est restée stationnaire, nous devons compter 131 mous ; or, il y en a 350, soit juste 3 mous pour 1 dur. Quand aurons-nous la clef de pareils écarts ?

L. JULLIEN.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

1° Dermatologie.

Pommades émollientes. — Une des pommades les plus employées est certainement celle à l'oxyde de zinc, « le remède divin », selon E. Wilson. Il n'est pas d'eczémateux à qui elle n'ait été prescrite ; elle mérite, du reste, sa réputation bien qu'elle soit loin de réussir dans tous les cas.

Voici la formule classique :

Axonge préparée.....	140 grammes.
Poudre de benjoin.....	28 —

Faites fondre à une douce chaleur, pendant 24 heures, en vase clos ; passez à travers un linge et ajoutez :

Oxyde de zinc purifié...	28 grammes.
--------------------------	-------------

On ajoute quelquefois avec avantage à cette préparation 3^{sr},50 d'esprit-de-vin rectifié, d'esprit-de-camphre ou de glycérine. Le benjoin empêche la pommade de rancir et de devenir ainsi irritante, en même temps elle lui donne une odeur agréable.

Sur les régions de la peau qui sont recouvertes de poils ou exposées à l'air, on doit lui préférer la préparation suivante :

Carbonate de zinc pur.....	1 ^{sr} ,75
Cérat de Galien.....	28 grammes (Bulkley).

L'onguent diachylon de Hebra peut rendre également de grands services, en voici la formule :

Litharge.....	6 grammes.
Huile d'olive.....	25 —
Huile de lavande.....	1 —

Faites chauffer à un feu doux, en ajoutant peu à peu de l'eau de fontaine jusqu'à faire un onguent de consistance assez ferme.

Comme la pommade à l'oxyde de zinc, l'onguent diachylon de Hebra a l'inconvénient, quand on l'applique sur les parties velues, d'agglutiner les cheveux ou les poils.

On a aussi recommandé dans ces derniers temps des pommades à l'acide oléique ; une des meilleures est celle de l'oléate de zinc :

Oxyde de zinc.....	3 grammes.	
Acide oléique.....	23	—
Vaseline	30	— (Crocker).

L'oléate de plomb a également été préconisé par quelques praticiens :

Oléate de plomb.....	24 parties.	
Huile grasse de paraffine....	14	— (Sawyer).

Enfin on a conseillé dans ces derniers temps des pommades contenant de l'acide oléique, dans le genre de la suivante :

Oxyde de bismuth.....	3 grammes.	
Acide oléique.....	28	—
Cire blanche.....	10	—
Vaseline	30	—
Huile de rose.....	5 gouttes.	

Au lieu de se faire des onctions sur la peau avec les pommades ci-dessus, il est préférable, toutes les fois que cela est possible, de les étendre en couches épaisses sur des compresses de toile que l'on applique sur les parties enflammées. Ces applications sont indiquées dans les cas où l'éruption est aiguë et récente, accompagnée de tuméfaction inflammatoire et d'œdème ; s'il existe de la chaleur ou de la douleur, si les parties sont le siège de vésicules ou de pustules, d'une sécrétion séreuse, mais surtout dans les cas où l'éruption est de nature purulente. Dans le sycosis de la barbe, le meilleur mode de traitement consiste dans l'extraction des poils. (*The Specialist*, sept. 1880 ; *The Practitioner*, déc. 1880.)

Porriogo décalvans. — Le docteur Basselt a présenté à la Société de pathologie de Birmingham un garçon qui était atteint depuis trois ans d'un porriogo décalvans et qui avait résisté à un grand nombre de remèdes. Il fut guéri par une pommade à l'acide chrysophanique. (*British med. Journal*, 11 déc. 1880.)

Traitement du prurit anal. — Le docteur Packard recommande la pommade suivante qui lui a réussi dans les cas rebelles de prurit anal :

Camphre.....	ââ	
Hydrate de chloral.....	4 ^{gr} , 75.	
Onguent pétroléique.....	25 grammes.	

(*Med. and surg. Reporter*, february 1880 ; *Practitioner*, déc. 1880.)

Traitement de l'eczéma des doigts.

Voici, d'après le Dr Magée Finny, quel est le traitement qui donne les meilleurs résultats dans les cas de cette nature :

a) A la période aiguë, alors qu'il n'existe encore qu'un léger épaissement de la peau, il faut appliquer autour de chaque doigt des compresses enduites soit d'onguent ammoniac-mercuriel (3^{gr},90 pour 28 grammes), soit de parties égales de vaseline et d'oléate de zinc. S'il existe beaucoup de picotement ou de prurit, il faut ajouter à chaque 28 grammes de pommade dix gouttes de chloroforme ou douze gouttes d'acide hydrocyanique dilué. Il faut laisser le pansement en place pendant 24 heures. On lave ensuite avec une infusion de gruau et on fait une nouvelle application de pommade. b) Quand il existe de l'épaississement des tissus, on a recours à des pommades plus actives, ou, ce qui est préférable, à des cataplasmes ou à l'enveloppement caoutchouté. Ce dernier moyen amène une amélioration rapide : la peau devient souple, solide, les squames disparaissent et les rhagades se cicatrisent; on obtient ensuite une prompte guérison par une pommade à l'oléate de zinc ou au bismuth, contre le prurit qui est quelquefois très intense au premier degré de l'infiltration; le meilleur remède est le goudron, on peut l'employer soit sous forme de solution alcoolique associée avec du savon (savon mou, huile de goudron ou huile de cade, alcool parties égales), soit en pommade d'après la formule ci-après :

Crémonis frigid.....	28 grammes.
Pommade de goudron	10 ^{gr} , 50 à 21 grammes.
Oxyde de zinc.....	ââ
Mercure ammoniacal.....	3 ^{gr} ,50 grammes.
Vaseline.....	56 —

(The Dublin Journal of medical science, octobre 1880.)

De l'iodoforme dans les maladies de la peau.

Le Dr Balmanno Squire, les Drs Radcliffe Crocker et Rickmann Godlee ont employé avec succès l'iodoforme dans le traitement des maladies de la peau. Ces deux derniers médecins l'ont appliqué, mélangé à l'huile d'eucalyptus, dans quelques cas d'eczéma et dans le lupus après le râclage; voici la formule la plus généralement usitée :

Iodoforme.....	60 centigrammes.
Huile d'eucalyptus.....	2 à 4 grammes.
Vaseline.....	32 —

Le Dr Crocker s'est bien trouvé de l'iodoforme sans eucalyptus dans quelques cas d'eczéma subaigu, principalement de la face dorsale des mains et des avant-bras; dans des cas appropriés, le résultat a été souvent très rapide. Son odeur pénétrante et désagréable restreint nécessairement son emploi, quoique l'huile d'eucalyptus remédie en partie à cet inconvénient, elle augmente en outre la solubilité de l'iodoforme. Il est légèrement stimulant et antiseptique. (*British medical Journal*, numéros du 28 mai et du 4 juin 1881.)

2. Maladies vénériennes.

Traitement de la gonorrhée. — M. W. Watson Cheyne partant de ce point que le pus blennorrhagique, comme l'a démontré Neisser, contient un grand nombre d'organismes, a proposé d'avoir recours à l'iodoforme et à l'huile d'eucalyptus dont l'action antiseptique est bien connue. Dans ce but il fait préparer des bougies dont voici la formule :

Iodoforme.....	0,30 centigrammes.
Huile d'eucalyptus. . .	10 gouttes.
Beurre de cacao.....	2 grammes 10 cent.

On introduit la bougie dans l'urètre, où on la fixe jusqu'à ce qu'elle soit dissoute. On fait ensuite une injection avec une solution aqueuse saturée d'acide borique ou avec une émulsion d'huile d'eucalyptus (28 grammes d'huile d'eucalyptus, gomme acacia à 28 grammes, eau de 500 à 1,000 grammes), que l'on emploie pendant deux ou trois jours. Au bout de ce temps, on peut commencer des injections de sulfate de zinc, 12 centigrammes pour 28 grammes d'eau. Pendant un jour ou deux l'écoulement continue, il diminue ensuite graduellement. Après quatre ou cinq jours, il devient muqueux et cesse complètement dans l'espace de huit à dix jours. (*British med. Journal*, 24 juillet 1880; *The Practitioner*, déc. 1880.)

Traitement de l'urétrite par le chlorate de potasse. — Le Dr P. Zeitlin a employé ce remède dans 14 cas d'urétrite simple, à la dose de 3 grammes par jour. Les résultats ont été excellents. Déjà après les premières doses l'écoulement diminuait de quantité et devenait plus ténu, en même temps la douleur et les sécrétions cessaient. Ce traitement n'a jamais eu de suites fâcheuses. L'auteur attribue les effets rapides et satisfaisants du chlorate à ce que le sel apparaît non changé dans l'urine et agit localement sur la membrane muqueuse. (*Cbl. f. Chirurg.*, 28 août. 1880; *The Practitioner*, déc. 1880.)

LE GÉRANT : MASSON.

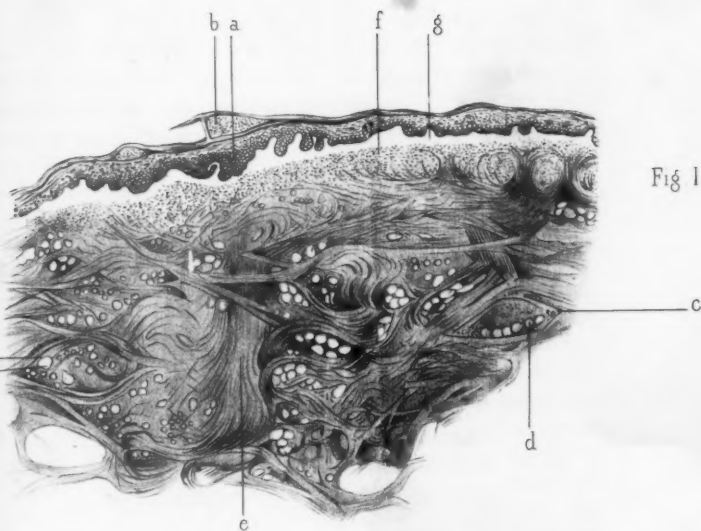


Fig. I.

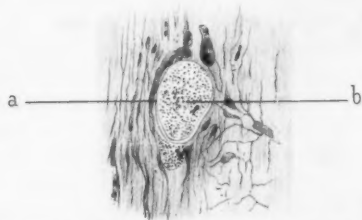


Fig. III.

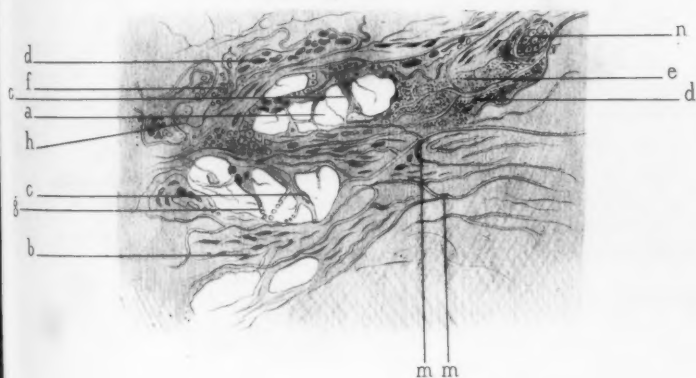
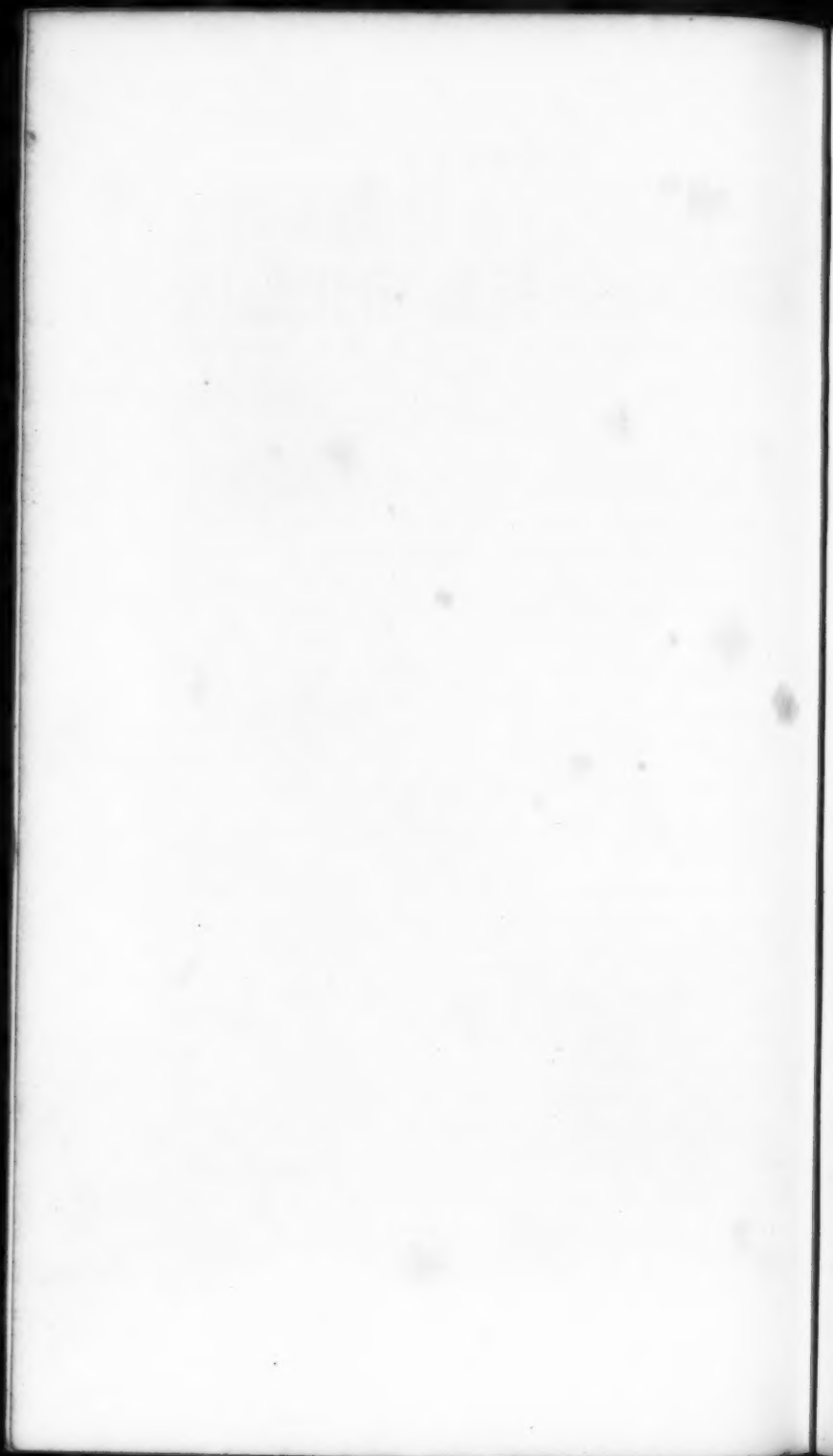


Fig. II.



ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

ÉTUDES NOUVELLES DE DERMATOLOGIE.

LES TUMEURS DE LA PEAU.

(4^e article.)

Sur un cas de tumeur de la peau à évolution clinique analogue à celle du cancer (cancer clinique), et à détermination histologique ambiguë, participant des caractères du lymphadénome et du granulome,

par **ERNEST BESNIER**, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

I

Dans de précédents articles (1) je me suis attaché à montrer, pour ma part, quel secours considérable l'examen histologique de fragments du tissu cutané altéré, pris sur le vivant, pouvait

(1) *Gazette hebdomadaire de méd. et chir.*, n° 41, oct. 1879. — *Annales de dermatologie*, etc. 2^e série, t. I, p. 23, 207, 1880.

apporter au diagnostic clinique. Dans deux exemples typiques, en particulier, étudiant concurremment les caractères histologiques et les caractères cliniques des *dermatomyomes*, et des *altérations colloïdes du derme*, j'ai pu, non seulement faire un diagnostic clinique jusque-là et sans cela irréalisable, mais encore tracer les caractères symptomatiques de ces lésions avec assez de précision pour que chacun puisse, à présent, les reconnaître au lit du malade (1).

On comprend aisément combien il importe de propager, de régulariser et de généraliser méthodiquement une pratique aussi féconde en résultats immédiats et éloignés : grâce à cette anatomie pathologique vivante, une nouvelle lumière se répand sur le groupe naguère si obscur des tumeurs de la peau et sur la dermatopathologie tout entière.

Il reste encore, cependant, des bornes à ces progrès : l'histologie ne peut pas toujours donner à la clinique une réponse dépourvue d'ambiguïté, et, partant, il subsiste un certain nombre de dermopathies dont les caractères cliniques n'ont pas été relevés avec assez de précision, ni reliés à des altérations anatomiques histologiquement assez classées pour que le diagnostic puisse toujours sortir de la voie conjecturale, même pour les médecins les plus particulièrement compétents.

Nous pensons que ces faits ne doivent pas être laissés dans l'ombre, qu'il faut, au contraire, les mettre en évidence et les soumettre à l'examen et à la critique de tous. Rien ne saurait être plus préjudiciable à la rapidité des progrès de la clinique que le laisser aller et l'indifférence en matière de diagnostic anatomique.

A la vérité, dans quelques-uns de ces cas, un certain diagnostic clinique peut être porté, à l'aide d'une analyse éliminatoire, avec une précision qui suffise aux besoins immédiats de la pratique ; mais c'est là une conclusion médiocre, précaire, et dont il importe de ne pas se déclarer satisfait.

Pour faciliter la discussion du fait que nous publions, nous

(1) Un de mes élèves les plus distingués, le Dr X. Arnozan, aujourd'hui agrégé de la Faculté de Bordeaux et médecin des hôpitaux de cette ville, a pu faire aisément le diagnostic clinique d'un cas de dermatomyome (voyez, *Ann. de dermatologie*, etc., 2^e série, t. II, p. 60, 1881, une remarquable observation de dermatomyome, avec examen histologique, par les Drs Solles, X. Arnozan et Vaillard).

avons soin de donner, non seulement tous les détails cliniques et histologiques nécessaires, mais encore de produire la représentation macroscopique de la lésion, ainsi que la transcription des coupes histologiques. (Voy. pl. VI et VII.)

II

EXPOSÉ DU FAIT.

Un homme de 49 ans bien constitué, sans accidents morbides spéciaux chez lui, ni chez ses ascendants, collatéraux ou enfants, marchand à Quimperlé en Bretagne, s'aperçoit, presque par hasard, au commencement de l'année 1877, qu'il porte dans la région dorsale de petites grosseurs de couleur violacée, *indolentes* et *sans prurit*; il sait, cependant, qu'il n'avait antérieurement aucune lésion, ni difformité, ni bouton dans cette région; celle-ci n'est exposée à aucune cause particulière d'irritation professionnelle, et elle n'a subi aucun traumatisme.

En peu de temps, les boutons, d'abord isolés, sont devenus cohérents, puis se sont fusionnés en groupes, conservant cependant chacun une certaine individualité persistante, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Soumis aux soins d'un très honorable et habile praticien, le docteur E. Martin, de Quimperlé, le malade fut soumis régulièrement à diverses médications générales et locales, parmi lesquelles l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, et les cautérisations partielles: sous l'influence de celles-ci, quelques points ont subi un affaissement relatif; l'effet de celui-là n'a pas paru appréciable, puisque la lésion a continué de se développer et qu'elle a, en outre, en plusieurs de ses points éprouvé, depuis quelques mois, des ramollissements ulcéreux partiels.

État actuel. — Au commencement de juin 1878, le malade m'est adressé par son médecin traitant, et il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans ma division, salle Saint-Léon, n° 72. C'est un homme de taille assez élevée, bien constitué, sans embonpoint ni maigreur, présentant une coloration des téguments absolument normale; *il a toutes ses forces, son appétit, son sommeil; aucune douleur au niveau des parties malades*, aucune gêne pour le décubitus dorsal, bien que la tumeur, en plusieurs points ulcérée, occupe une grande partie de la région dorsale.

Voici quels sont les caractères objectifs de la lésion (1) :

(1) Voy. la représentation faite sur nature par Baretta, et déposée par nous dans le musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 513, 1878. — L'inscription placée par nous à cette époque, au bas de la pièce, et que nous n'avons pas en-

La région dorsale (voy. pl. VI) est en grande partie occupée par deux tumeurs considérables, l'une située tout au voisinage de la ligne médiane à gauche, entre le bord interne de l'omoplate de ce côté, et la ligne des apophyses épineuses; l'autre, placée un peu plus bas et un peu plus en dehors; elles sont séparées l'une de l'autre par un faible intervalle de 1 centimètre $1/2$ environ, et près de leur ligne de séparation, à droite, on trouve une troisième tumeur, mais rudimentaire. La première, *irrégulièrement ovale*, mesure 14 centimètres sur 5; la seconde, sensiblement *circulaire, fongoïde*, mesure 7 centimètres sur 8.

L'une et l'autre forment un *relief* assez considérable, mesurant de 2 à 4 centimètres au-dessus du niveau de la peau, mais très inégalement suivant les points; le sommet le plus élevé de la série des mamelonnements paraît être vers le centre du tiers supérieur de la grande tumeur, et c'est là, selon toute vraisemblance, aussi bien que par les souvenirs du malade, le point de début de l'altération. Cette remarquable *inégalité de niveau* des tumeurs existe, non seulement dans leur plateau, mais encore dans les pentes qui les unissent au plan tégumentaire: dans quelques points, l'union se fait d'une façon insensible de la peau saine aux parties malades; mais le plus ordinairement *la ligne de démarcation est abrupte et nette, montant à pic, ou même se renversant en corniche* par épanouissement, de sorte que la base semble étranglée, et la tumeur, *fongoïde*.

La *coloration* générale est violacée, vineuse, livide, variable comme degré de teinte, suivant les moments de l'examen, les pansements, l'état d'irritation ou de repos, généralement foncée (plus foncée qu'elle n'est représentée sur le moulage déposé dans le Musée). A la périphérie, pas de zone pigmentée.

La *surface* est parsemée d'*anfractuosités* généralement *arrondies* par leurs bords, variables de fond, lequel est tantôt plus petit, tantôt plus grand que l'ouverture, de la dimension d'un pois à celui d'une noix, et rempli plus ou moins, par un détritus jaunâtre sanieux, *manifestement gangréneux* au niveau de plusieurs des cratères de la tumeur inférieure. Partout où la nécrose n'a pas détruit les bords de plusieurs anfractuosités voisines, celles-ci sont, au contraire, très remarquables par ce fait qu'elles conservent toutes leur individualité, accentuée par l'existence d'un *bourrelet* plus ou moins irrégulièrement arrondi, relativement épais, qu'on retrouve, sous forme de *bord festonné*, dans les points où les ulcérations se sont confondues.

core modifiée, est la suivante: *Dermatome lymphadénique* (d'après l'examen des premières coupes, mais non d'après l'étude définitive comme on le verra dans la partie histologique de ce travail) de la région interscapulaire.

Toutes ces tumeurs, non seulement *indolores*, mais encore *indolentes*, présentent à la palpation une *consistance* tout à fait particulière, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celle de l'œdème dur, mais non pas une induration chondroïde aussi prononcée que celle de l'ourlet caractéristique des ulcérations cancéreuses typiques, par exemple. Le bourrelet général, de forme très variable, qui sépare la tumeur des parties saines, est certainement dur et résistant, mais d'une dureté et d'une résistance *relatives*, analogues à celle d'un tube élastique à parois épaisses.

Du côté extérieur, externe, la masse des tumeurs émerge de la peau saine et souple immédiatement à côté d'elles; mais à leur sommet et le long de leur bord interne, ou rachidien, il n'en est plus de même. En haut on voit : 1° de *petites masses perlées, lenticulaires*, du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, pâles, avec quelques très fines arborisations vasculaires dans leur revêtement, puis une *zone plate*, dure, ayant un peu de lividité, élevant, d'un millimètre, le niveau de la surface sur l'étendue de quelques centimètres, à la manière d'un bourrelet érysi-pélateux plat. Dans le sillon rachidien, le long du bord interne des tumeurs, toute leur atmosphère, bien qu'ayant conservé la coloration normale, est cependant parsemée d'*indurations nodulaires* déjà volumineuses (tubercules dermiques) faisant peu de saillie au dehors, et qui, *dureté et sclérose à part*, ne diffèrent pas considérablement de ce qu'on observe dans l'atmosphère dermique des *carcinomes en plaque* ou *en cuirasse* de la région mammaire, par exemple. On voit là, en graine, en rudiment, la lésion en voie de développement, au moins sous trois formes diverses : la plaque, le *nodus* profond, le mamelon perlé superficiel suivant le lieu principal de germination du néoplasme dans la zone papillaire du derme, ou dans la zone sous-papillaire.

En aucun point la peau n'avait cet aspect granité et ponctué (peau d'orange) si remarquable dans la zone envahissante du cancer dermique plat; c'est à peine si la série des nodules aberrants dépassait de 1 ou 2 centimètres l'atmosphère même des tumeurs.

Partout, partiellement ou en masse, le néoplasme était très *mobile* sur les parties sous-jacentes; il était essentiellement dermique.

Enfin, sur la tumeur, non plus qu'à sa périphérie, aucune cicatrice; en aucun point de la surface du corps autre que la région indiquée il n'y avait d'élément pathologique; aucun ganglion qui parût altéré ne put être constaté.

Ainsi que cela a été dit déjà, l'iodure de potassium avait été administré, sans aucun succès, par le médecin ordinaire du malade; je n'espérais rien d'une nouvelle tentative; cependant, je me déterminai à reprendre la médication à dose méthodiquement élevée, pour répondre au désir formulé par quelques-uns des médecins qui avaient vu

le malade. Cela fut sans aucune action favorable. La lésion continuait de s'accroître, elle s'étalait manifestement. Un suintement sanieux, d'une extrême abondance, se perpétuait malgré les applications locales les mieux appropriées; on parvint seulement à désinfecter, à peu près, les surfaces ulcérées, lesquelles, à l'arrivée du patient, étaient d'une extrême fétidité.

L'excellent état général du sujet, l'absence d'infection appréciable, ainsi que l'intégrité apparente du système ganglionnaire, faisaient naître immédiatement la pensée d'intervenir chirurgicalement. J'agitai la question avec grand soin, de concert avec mon savant collègue, le professeur S. Duplay. Malgré la vaste étendue du territoire cutané envahi, l'absence d'adhérence rendait l'extirpation chirurgicalement réalisable; cependant nous conclûmes, l'un et l'autre, à la négative, impressionnés surtout par le *mauvais aspect* du néoplasme, son atmosphère de granulations, et dans la certitude d'une récurrence sur place ou à distance.

C'est pour chercher une issue à cette situation ambiguë que je pratiquai l'excision de fragments de la tumeur destinés à être examinés dans le laboratoire du Collège de France; or, cet examen, malgré la bienveillante diligence de M. Malassez et de son assistant, M. Chambard, prit du temps, en raison des difficultés et des incertitudes inattendues qui surgirent. Le malade ne recevant de nous ni soulagement, ni promesse formelle de guérison, perdit patience et voulut retourner dans son pays.

III

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Quelle était, à cette période de l'observation (dont nous allons donner quelques lignes plus bas la suite et l'épilogue), le diagnostic clinique que l'on pouvait poser? Il n'est pas sans intérêt de voir à quel résultat menait et avait conduit *l'analyse clinique simple*.

Il était manifeste, tout d'abord, que la tumeur multiple que nous avions sous les yeux ne se rangeait, à aucun titre, dans les dermatomes inflammatoires simples, ni dans les syphilomes, ni dans les scrofulomes, et il n'est pas nécessaire, pour nos lecteurs en particulier, d'en indiquer les raisons.

On ne pouvait pas davantage s'arrêter un instant à l'idée d'un

dermatome simple, hypertrophique ou hyperplastique, de nature à s'accommoder à la vie organique et à persister indéfiniment, ou définitivement, tels que les fibromes, ou stéatofibromes, essentiellement bénins et incapables de régression, de nécrose, d'ulcération, etc.

Il n'y avait pas non plus lieu de songer à quelque affection hors de cadre, telle que le frambœsia des régions exotiques (*pian, yaws, verruga*), par exemple; notre homme n'avait pas quitté la Bretagne; aucune de ces tumeurs n'avait l'aspect d'une framboise (*pian*), d'une mûre (*yaws*), d'une verrue (*verrua*); aucune tumeur ne se rencontrait ni à la peau, ni à la nuque, ni aux membres, ni au pourtour des orifices naturels. En voilà assez, cliniquement, pour éloigner toute analogie vraie avec le frambœsia, encore que l'évolution de nos tumeurs ait été assez rapide, et qu'elles aient, à la manière du frambœsia, présenté des ulcérations avec bourbillon gangréneux.

C'était manifestement dans la série des dermatomes aberrants, des néoplasies impropres à la vie définitive, des cancers, en un mot, que nous avions à chercher.

Était-ce un cancer épithélial, un cancroïde, un dermatome épithélial? Nous ne l'avons pas un seul instant supposé, malgré le début des tumeurs sous la forme de petites masses perlées. Quand le dermatome épithélial a son point de départ et sa surface de développement sur la peau proprement dite, loin des surfaces muqueuses et des zones mixtes des orifices naturels, quel que soit d'ailleurs son origine dans l'épiderme interpapillaire, pileux, sébacé ou sudoripare, il évolue avec une lenteur remarquable, s'ulcère progressivement et tardivement. Le fond de ses ulcérations est plat, dur au toucher, couvert de mamelons bourgeonnants, également d'une grande dureté; leur bord, dans tout ou partie de leur étendue, est serti d'un *ourlet*, cartilagineux par sa consistance. Rien de semblable chez notre malade dont les tumeurs ont évolué avec une rapidité relative, couvrant, en moins d'une année, une grande partie de la région dorsale, ont pris l'aspect fongueux, se sont creusées, par nécrose, d'ulcérations sanieuses, à fond plus ou moins large que l'orifice, et entourées d'un bourrelet (je ne dis pas un ourlet) de consistance élastique.

A aucun titre, les tumeurs de notre malade ne se rapportaient

à la lymphadénie généralisée, au mycosis fongoïde d'Alibert et de Bazin. La localisation, l'absence de période pathologique cutanée prémonitoire, le mode de développement des tumeurs par lobules perlés, leur consistance, etc., éloignaient absolument cette idée. Mais ne s'agissait-il pas d'une localisation hétéradénique, d'un dermatolymphome isolé? Cela fut, un moment, notre pensée, non pas par diagnostic direct, mais par ordre éliminatoire, et sans qu'il fût possible de justifier, par les caractères cliniques, un semblable diagnostic.

Pouvait-on rapprocher ces tumeurs de la série des dermatomes embryonnaires, ou tumeurs fibroplastiques ou embryoplastiques de Robin, des sarcomes de l'époque actuelle? Les éléments de négation abondaient. Les dermatosarcomes primitifs sont rares, rares surtout à l'état de simplicité, et nous ne trouvions absolument aucun des caractères des variétés encéphaloïde, fasciculée, calloïde, ni lipomateuse. De la forme la plus commune, le dermatosarcome pigmentaire, aucun caractère non plus; l'absence de pigmentation est absolue à toutes les périodes des nodosités de notre malade; il n'existe rien ni aux mains ni aux pieds; aucune nodosité ayant subi le ramollissement central n'avait donné naissance à rien qui ressemble à une cicatrice déprimée.

Avec une égale certitude, il était manifeste que nous n'étions pas en présence d'un dermatome alvéolaire, carcinome de l'époque actuelle. Très fréquentes dans l'une des annexes de la peau, la glande mammaire, les tumeurs carcinomateuses du derme sont rares à titre primitif; dans la forme à tumeurs multiples, ulcérées, les bords sont constitués par un bourrelet volumineux, induré, et, dans toutes les variétés, quand l'affection est arrivée à la période ulcéreuse, il y a altération générale de l'économie, infection ganglionnaire, adhérence aux parties profondes, douleurs spontanées, etc. Or, rien de tout cela ne se trouve chez notre malade à l'époque où nous l'observons.

Et cependant cette tumeur n'est pas de bonne nature; bien qu'elle ne soit certainement pas aucune des tumeurs malignes que nous avons énumérées, elle évolue à la manière de plusieurs d'entre elles; autour d'une localisation initiale, se groupe une atmosphère de tumeurs plus jeunes et de même nature; les plus anciennes n'ont aucune tendance à la fixité, ni à la guérison.

elles s'ulcèrent en prenant un mauvais aspect. C'est un néoplasme malin, *un cancer au titre clinique*, mais voilà tout ce que l'analyse clinique peut donner, voilà du moins tout ce qu'elle nous a personnellement donné, et nous nous sommes refusé à formuler un diagnostic *anatomique*.

Voyons maintenant, avant de donner la fin de l'observation et nos conclusions, quels ont été les résultats de l'examen histologique des portions du néoplasme excisées au moment où nous avons observé le malade.

IV

ÉTUDE HISTOLOGIQUE.

(Examen microscopique fait au laboratoire du Collège de France, sous la direction de M. MALASSEZ, par M. CHAMBAUD, répétiteur. — Année 1878, n° 26, série D.)

L'examen microscopique a porté sur des fragments pris en divers points de la tumeur : les uns ont été choisis sur les bords mêmes des ulcérations ; les autres dans les régions les moins altérées : tels étaient les petits nodules de consistance élastique contenus dans l'épaisseur et disséminés autour des surfaces ulcérées.

Quelques-uns de ces fragments, d'un très petit volume, ont été plongés, pendant 24 heures, dans l'alcool au tiers, d'après le procédé de M. Ranvier, puis dissociés et colorés par le picro-carminate d'ammoniaque ou par la solution aqueuse d'éosine ; d'autres, plus volumineux, ont été durcis par macération successive dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes microscopiques obtenues avec ces derniers ont été soumises à l'action du picrate, puis colorées par le picro-carminate d'ammoniaque au 100^e et conservées dans la glycérine additionnée de cette matière colorante.

A. *Dissociations.* — Les préparations obtenues par cette méthode montrent, outre un petit nombre de cellules plates du tissu conjonctif et quelques fragments de fibres conjonctives et de vaisseaux, des cellules sphériques en nombre considérable, dont l'étude des coupes montrera la situation et le mode de groupement.

Ces cellules, toutes semblables entre elles sous le rapport de la forme et des dimensions, sont sphériques et leur diamètre est de 10 μ environ. Elles se composent d'un noyau sphérique, muni d'un nucléole et entouré d'une mince couche de protoplasma. Ces cellules, par leurs caractères morphologiques et leurs réactions micro-chimiques, ne diffèrent en rien des cellules lymphatiques.

B. *Coupes. Vue d'ensemble des préparations.* — L'examen de coupes perpendiculaires à la surface de la peau, fait au moyen de faibles grossissements (ocul. 2, obj. 4, Verick) donne une idée générale et topographique des lésions dont elle est le siège (fig. II, pl. VII).

A ce grossissement, l'épiderme et le corps papillaire semblent normaux

(fig. II, A, B, C); sauf en certains points, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Si l'on porte ensuite son attention sur la coupe du derme, on la voit parsemée de taches finement granuleuses, colorées en rouge, qui répondent à des amas de cellules lymphatiques dont il nous reste à préciser la forme et la situation.

Dans la région la plus vasculaire du derme surtout, c'est-à-dire au-dessous du corps papillaire, mais aussi dans les régions plus profondes, ces taches granuleuses se montrent sous forme de trainées qui accompagnent les vaisseaux (fig. II, D). Ceux-ci sont donc entourés en ces points d'une gaine de cellules lymphatiques accumulées autour de leurs parois.

Ces taches granuleuses se rencontrent encore dans les régions profondes du derme autour des glomérules des glandes sudoripares; d'autres, irrégulières, quelquefois ramifiées et à bords diffus, sont disséminées çà et là dans le derme, et limitées par les faisceaux conjonctifs qu'elles semblent dissocier.

Indépendamment de ces agglomérations de cellules lymphatiques, qui sont généralement d'une faible étendue, il en existe d'autres plus considérables et mieux circonscrites, qui affectent une forme arrondie et qui répondent aux nodules que la vue et le toucher permettaient de percevoir autour des ulcérations cratériformes des téguments. Parmi ces nodules, les uns peu considérables, n'atteignent pas le corps papillaire qui les sépare de l'épiderme et restent confinés dans les couches profondes de la peau; mais d'autres, plus volumineux, ont envahi le corps papillaire et, faisant à la surface des téguments une saillie plus ou moins forte, ont comprimé la couche épidermique qui s'est amincie et a même disparu au niveau des points les plus saillants (fig. II, F).

Ces taches granuleuses, qu'elles soient diffuses ou circonscrites en nodules, sont traversées par des vaisseaux et par des nerfs qui semblent, à ce grossissement, exempts de toute altération (fig. I, B, C, D). Il en est de même des glandes sébacées, des follicules pileux et des glandes sudoripares (fig. II, I).

C. Analyse des préparations. — L'examen des mêmes préparations à l'aide de plus forts grossissements (ocul. 2, obj. 3, 7, 8, Verick) nous montre que les amas granuleux dont nous avons parlé sont constitués par des cellules lymphatiques, et nous permet de préciser les rapports de ces éléments avec le tissu conjonctif, au sein duquel ils sont répandus, et avec les organes vasculaires, nerveux et glandulaires qu'ils entourent.

A la périphérie d'un nodule, dans la zone diffuse et mal limitée qui sépare celui-ci des régions saines du derme, les cellules lymphatiques se rencontrent en petit nombre entre les faisceaux conjonctifs qu'elles écartent légèrement, tantôt sous forme de trainées linéaires, tantôt sous formes de petits amas étoilés qui occupent les espaces lymphatiques du tissu conjonctif dermique. Ces trainées et ces amas se rencontrent d'abord autour des vaisseaux et dans les régions les plus vasculaires: soit au-dessous de la couche papillaire, soit autour des glomérules sudoripares qui sont, on le voit, entourés d'un riche réseau capillaire (fig. II, D, G).

Si l'on se rapproche du centre du nodule, on voit bientôt les amas cellulaires devenir plus étendus et écarter les faisceaux conjonctifs entre lesquels ils forment des sortes de lacs lymphatiques à bords diffus et irréguliers. Une

artériole, un faisceau nerveux, un glomérule sudoripare se rencontrent-ils au sein de ces nodules, les cellules lymphatiques infiltrent le tissu conjonctif qui les entoure, mais ne dépassent jamais la limite que leur assignent la tunique moyenne de l'artère, la gaine lamelleuse du nerf ou la membrane propre de la glande, qui ne présentent aucune autre altération (fig. I, D. C.). Dans le tissu conjonctif sous-cutané, les cellules lymphatiques infiltrent le tissu adipeux qui sépare les cellules adipeuses; mais, contrairement à ce qui se passe dans les processus inflammatoires, celles-ci ne reviennent pas à l'état embryonnaire et la graisse n'est pas résorbée (pl. VII, fig. I, B).

Au centre des nodules, les cellules lymphatiques sont confluentes et fortement pressées les unes contre les autres; le tissu qui les séparait dans les régions plus excentriques est devenu de plus en plus rare. Les faisceaux comprimés de toutes parts, et de plus en plus atrophiés, ne sont plus représentés que par de minces et rares fibrilles finement granuleuses et très friables, sur les caractères desquelles nous devons bientôt revenir. Une dissociation soignée par les aiguilles et le pinceau est alors nécessaire pour bien déterminer les caractères des vaisseaux qui parcourent ces régions des nodules, caractères dont l'importance est très grande pour l'interprétation histologique des tumeurs de cette nature.

Ces vaisseaux ont une paroi anhiste à double contour et affectent une direction rectiligne; ils présentent, de distance en distance, des noyaux ovaires et allongés dans le sens de leur axe, qui appartiennent à leur endothélium (pl. VII, fig. III, A), et de leurs parois partent des prolongements filiformes et membraniformes très délicats (fig. III, B), qui leur donnent l'apparence de petits bâtons épineux.

Ces prolongements ne sont autres que les points d'insertion aux vaisseaux des fibrilles conjonctives que nous avons vues interposées aux cellules lymphatiques; ils servent de soutien à une sorte de trame réticulaire que l'on peut regarder ici comme une ébauche de celle qui caractérise les tumeurs du genre lymphadénome. Il n'existe nulle part de vaisseaux embryonnaires ni de sinus sanguins dépourvus de parois qui leur soient propres.

Lorsque les nodules sont très voisins de la surface de la peau et ont acquis un volume assez considérable, ils déterminent d'abord une saillie plus ou moins forte à la surface des téguments. Au niveau du point le plus saillant, l'épiderme s'amincit, ce que M. le professeur Ranvier a montré, puis finit par disparaître. Les cellules lymphatiques, qui constituent presque à elles seules la tumeur, sont dès lors exposées à l'action de l'air extérieur, elles subissent la dégénérescence graisseuse et caséuse, s'éliminent sans cesse sous forme de pus et l'ulcération est constituée (fig. II, F).

D. Interprétation histologique. — Le diagnostic anatomique de la tumeur dont nous venons de rapporter les caractères histologiques est circonscrit entre trois espèces de néoplasies : 1^{re} les sarcomes; 2^{re} les lymphadénomes; 3^{re} les granulomes.

1^{re} Sarcomes parvicellulaires. — Dans le sarcome parvicellulaire, sarcome encéphaloïde, tumeur embryoplastique de Robin, les cellules qui constituent à elles seules presque tout le tissu morbide, ne présentent jamais l'uniformité de configuration et de démarcation que nous avons constatées dans celui qui fait l'objet de cette étude; de plus, chaque élément cellulaire, considéré isolément, diffère sensiblement d'une cellule lymphatique; il est généralement plus volumineux, moins régulièrement arrondi et son noyau, plus gros,

vésiculeux, ne fixe pas de la même manière les matières colorantes, et particulièrement le carmin. Mais le caractère qui suffit à lui seul à séparer notre tumeur du groupe des sarcomes réside dans la structure des vaisseaux que l'on y rencontre. Nous avons vu que ceux-ci, à part l'infiltration de leur tunique externe par des cellules lymphatiques, ne présentaient aucune altération; dans les sarcomes, au contraire, et c'est là un caractère essentiel, les parois vasculaires sont revenues à l'état embryonnaire; elles se confondent avec le tissu embryonnaire ambiant qu'aucune paroi différenciée ne sépare plus du sang qui parcourt les vaisseaux.

2° *Lymphadénomes*. — L'analogie que les lymphadénomes présentent avec le stroma des ganglions lymphatiques, est d'autant plus nette qu'ils se développent dans des tissus dont le stroma conjonctif se rapproche le plus de celui des ganglions; aussi, le plus beau type du lymphadénome est-il, après le lymphadénome ganglionnaire, le lymphadénome du testicule au sujet duquel on consultera, avec fruit, les travaux de Malassez, Renaut, Monod et Terrillon et la thèse de Talavera, 1879.

Le tissu lymphadénique, constitué par un stroma de fibres conjonctives fines, dont les mailles sont bourrées de cellules lymphatiques, présente, dans les formes typiques, des caractères spéciaux sur lesquels il convient d'insister un peu. Il se compose d'un système de fibres minces, d'une épaisseur qui varie de 1μ à 3μ , rectilignes, brillantes, à bords très nets, s'entrecroisant pour former un réseau à mailles plus ou moins larges et recouvertes, surtout au niveau des points d'entrecroisement de cellules plates du tissu conjonctif. Ces fibres s'insèrent directement aux parois des vaisseaux qui parcourent la tumeur lymphadénique, de sorte que, lorsque ces derniers sont isolés par dissociation, et que ces insertions ont été rompues par l'action des aiguilles ou du pinceau, ils se montrent hérissés de pointes qui en représentent les vestiges, et peuvent être comparés, comme nous l'avons fait, à des petits bâtons épineux.

Il s'en faut de beaucoup que la structure du stroma lymphadénique soit partout aussi caractéristique, et sa netteté varie, ainsi que nous l'avons fait pressentir, selon la variété du tissu conjonctif au sein duquel la néoplasie adénoïde s'est développée. Nous avons vu, pour notre part, un certain nombre de tumeurs au sujet desquelles le diagnostic lymphadénome avait été porté et qui avaient présenté les caractères et la marche cliniques dont la structure se rapprochait beaucoup de celle de la tumeur qui fait l'objet de cette étude, et dont le stroma conjonctif se réduisait à quelques fibrilles très pâles et très friables dont la disposition réticulaire était, comme dans l'espèce, d'une constatation difficile.

3° *Granulomes*. — Les gommages de la peau que nous avons eu l'occasion assez rare d'étudier à toutes les périodes de leur évolution (Société anatomique, 1878), ont une structure et un mode de développement absolument les mêmes que la tumeur qui nous occupe. Il n'est pas jusqu'à cette ébauche de stroma réticulaire et jusqu'aux vaisseaux à parois hérissées de prolongements filiformes et lamelliformes, qu'on ne puisse y rencontrer; mais deux caractères les séparent de ces formes incomplètes de néoplasies lymphadéniques, le premier possède une valeur de premier ordre: c'est la transformation caséuse qui se caractérise par la caséification des cellules lymphatiques et par la production de ces masses arrondies et réfringentes et d'un aspect gras, que nous avons signalées; le second, qui peut, il est vrai, faire défaut,

ainsi que nous l'avons constaté dans un cas de gommès du foie, est la limitation du foyer gommeux par une zone de tissu conjonctif condensé.

E. Conclusion. — De la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, il nous paraît résulter que la tumeur qui en est l'objet ne saurait être prise pour un sarcome, même parvicellulaire ; il est plus difficile de décider auquel des deux genres, granulome ou lymphadénome, elle doit être rattachée. Les gommès scrofuleuses et syphilitiques qui sont des granulomes à évolution caséuse, peuvent, dans les premiers stades de leur évolution, posséder une structure identique à celle de notre tumeur, mais la caséification spéciale qui ne tarde pas à s'en emparer suffit à les en différencier nettement. Il nous paraît, dès lors, possible, en tenant compte, non seulement de la structure de cette tumeur, mais encore de son évolution histologique, de la considérer comme un de ces lymphadénomes frustes dont nous avons vu quelques exemples, à moins qu'accordant à la netteté du stroma une valeur histologique prépondérante, on ne préfère la regarder comme une forme encore peu connue de granulome qui, bien que pouvant atteindre des dimensions assez considérables, ne subit pas l'évolution caséuse spéciale des granulomes connus sous la désignation clinique de gommès.

V

CONCLUSION.

Ainsi qu'on vient de le voir par les détails de l'analyse histologique, faite avec tant de soin par M. Chambard, et contrôlée par M. Malassez, la difficulté anatomique ne le cède en rien à la difficulté clinique ; mêmes obscurités, mêmes incertitudes, mêmes caractères frustes. Histologiquement, la tumeur n'est ni un carcinome, ni un sarcome, cela paraît assuré, mais rien de plus. La base anatomique est tout à fait insuffisante pour qu'il y ait lieu d'argumenter, afin d'arriver à faire de notre néoplasme un granulome ou un lymphadénome ; nous ne voulons ni abuser aussi inutilement des instants du lecteur, ni sortir de la ligne des faits pour forcer une conclusion. A la rigueur, nous pourrions accepter, à titre clinique, la supposition du lymphadénome, mais à ce même titre, nous repoussons l'hypothèse du granulome.

Pas davantage nous n'établirons de comparaison entre notre tumeur et divers néoplasmes histologiquement non classés d'une manière qui réunisse tous les suffrages, tels que ceux décrits par Köbner (*Klin. Mith. aus der Dermat.*, etc., Erlangen, 1864), de Hebra (Geber). (*Arch. für Dermat.*, etc., 1874) ; de Duhring (*Arch. of Dermat.*, 1879), etc. Ce parallèle demanderait trop de

développements, et aboutirait, entre nos mains, à cette conclusion que ces diverses observations correspondent *cliniquement* (car plusieurs points restent dans chacune d'elles insuffisamment éclairés, au point de vue histologique) à la dermatolymphadénie, au mycosis fongoïde d'Alibert et de Bazin (1).

Nous voilà donc, naturellement et forcément, ramené à l'observation clinique. Quelle a été la suite de cette évolution morbide? Quelle a été la terminaison?

On se rappelle que nous avons laissé l'exposé du fait au moment où le malade, lassé de l'insuccès du traitement, avait quitté l'hôpital pour rentrer dans son pays. On n'a pas oublié qu'à cette époque, la santé générale était absolument bonne, qu'il n'y avait aucune lésion organique appréciable, aucun signe d'infection ganglionnaire ni viscérale.

Voici maintenant la série brève, mais saisissante, des phénomènes ultérieurs et ultimes, telle qu'elle m'a été relatée par mon honorable confrère de Quimperlé, le docteur E. Martin :

Suite et fin de l'exposé des faits. — A son retour de Paris, le malade fit appeler M. Martin et continua pendant quelque temps une médication réglée; mais, au bout de peu de semaines, l'insuccès de toutes les tentatives devenant manifeste, il se dégagait de la direction de son médecin et se soumit aux pratiques des empiriques de la contrée.

Un peu moins d'une année après, M. Martin fut rappelé : il trouva le patient dans le marasme le plus complet et sur le point de mourir. Tous les ganglions de l'aisselle gauche étaient intéressés. Une tumeur presque aussi considérable que celle du dos, mais sans ulcération, s'était élevée sous le paquet ganglionnaire de l'aisselle, sur le côté gauche du thorax. Les tumeurs du dos s'étaient réunies en une seule, constituant une vaste plaie à fond rose, dont les bords s'étaient affaissés légèrement. Une large tumeur lisse, dure, ayant son siège sur le sommet de la tête, intéressait sans doute le périoste. Le malade, affecté d'un muguet très concret, avait une toux des plus fatigantes. Les crachats nummulaires, étaient ceux de la phtisie au second degré, et M. Martin constata des craquements sous la clavicule gauche. Quelques jours après cette visite le malade succombait.

Malgré toute l'incertitude irréparable que l'absence de nécros-

(1) Voy. plus loin, dans la *Revue de dermatologie étrangère* (page 740), une note de Henri Leloir sur le cas de Duhring.

copie laisse subsister sur ce fait, la nature activement maligne du néoplasme ne peut, à présent, laisser aucun doute dans l'esprit. Pour une lésion *primitivement* cutanée, l'évolution en a été relativement rapide; l'infection secondaire de l'économie, lente à se manifester (plus de dix-huit mois après le début), a atteint ses limites extrêmes dans un délai tout à fait comparable à celui de l'infection carcinomateuse.

En fait, la tumeur a été cliniquement un *cancer*, et l'issue montre que le diagnostic clinique était fondé, malgré tout ce qu'il avait de scientifiquement incorrect. Jusqu'à nouvel ordre, nous croyons devoir continuer à appeler *cancer* toute tumeur qui végète, s'ulcère, détruit, à *la manière du cancer*, puis infecte l'économie, se généralise et se multiplie; provisoirement aussi dans les cas semblables les caractères cliniques *priment* les caractères histologiques, ces derniers n'ayant de valeur en pratique, de valeur immédiate, que s'ils peuvent éclairer le médecin sur l'évolution ultérieure de la maladie. Pour le praticien, ce qu'il importe surtout de préciser, c'est si la tumeur est bénigne ou maligne, ce qu'il réclame absolument c'est d'être éclairé sur le caractère non infectieux ou infectieux du néoplasme, et, dans le second cas, sur le degré d'activité probable de cette infection.

Dans le cas présent, nous avons pu formuler ce pronostic avec une certitude relative sans le secours de l'histologie, qui ne peut pas en tout cas et toujours se substituer à la clinique.

En réalité, cependant, c'est sur le progrès histologique que repose essentiellement le progrès du diagnostic scientifique, et, dans la grande majorité des cas, l'histologie des dermatomes, faite sur le vivant, rendra à la clinique le service le plus précieux.

Mais à présent le moment est venu de signaler les difficultés et les incertitudes : c'est ce qui nous a déterminé à soumettre cette observation à nos confrères, dans l'espoir de voir les obscurités que nous n'avons pas su pénétrer éclairées par un observateur plus sagace.

EXPLICATION DES FIGURES.

Planche VI.

Tumeur maligne de la peau à détermination histologique ambiguë
(cancer clinique).

Planche VII.

FIG. I. Portion d'un nodule. Ocul. 4, obj. 3, V.

- A Tissu conjonctif.
- B Cellules adipeuses.
- C Artériole.
- D Nerf.
- E Cellules lymphatiques.

FIG. II. Coupe de la peau au voisinage d'un nodule.
Ocul. 4, obj. 4, V.

- A Couche cornée épidermique.
- B Corps muqueux de Malpighi.
- C Coupe transversale des papulles.
- D Vaisseaux du derme.
- E Glande sébacée.
- F Nodule lymphadénique.

FIG. III. Capillaire isolé d'un nodule. Ocul. 2, obj. 8.

- A Capillaire muni d'une paroi propre.
 - a Noyaux de l'endothélium vasculaire.
 - B Expansion lamelliforme des parois du capillaire
 - C Cellules lymphatiques.
-

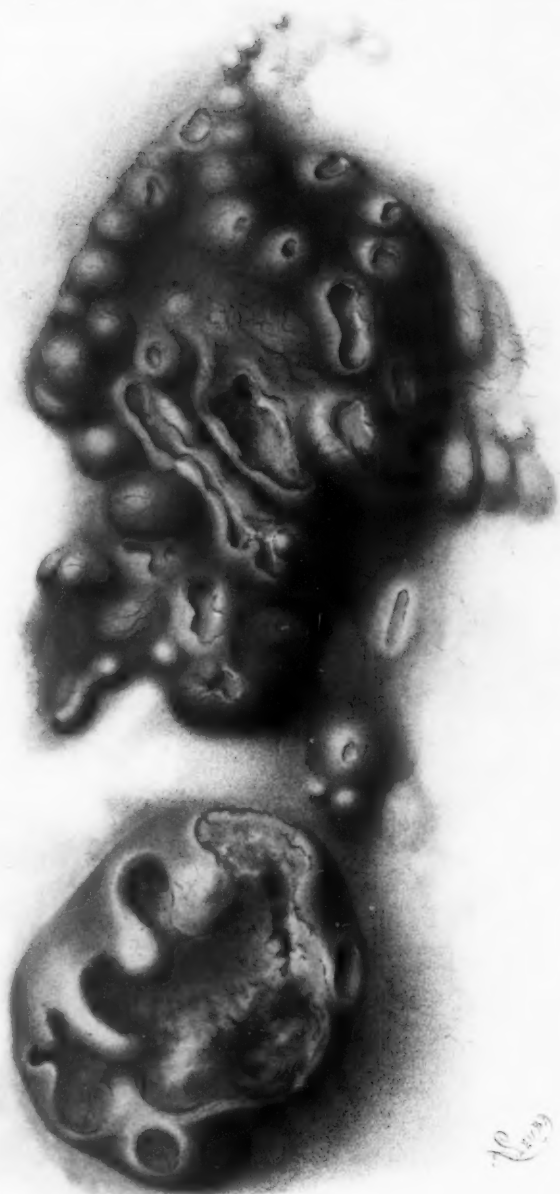


Fig. I

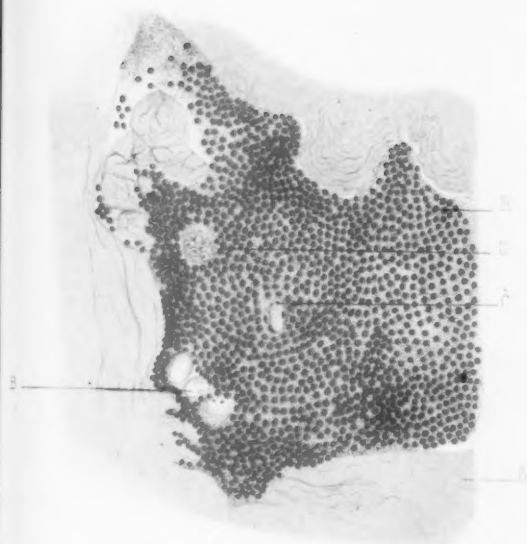
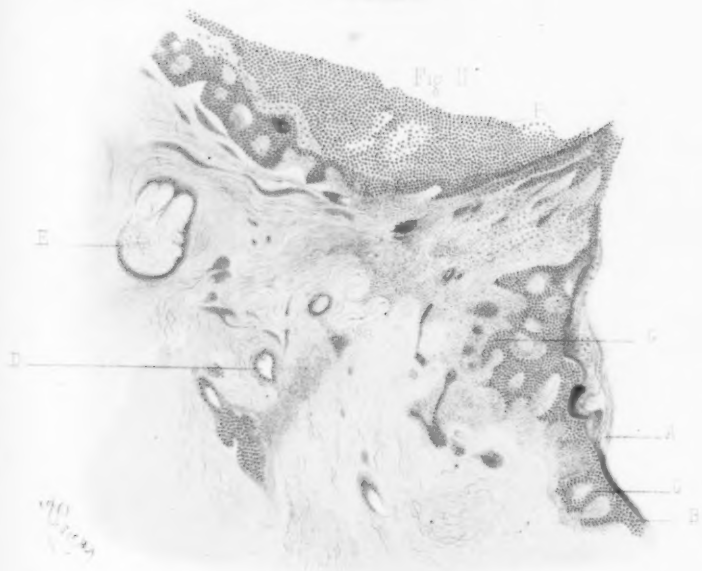


Fig. III



Fig. II



II

NOTE SUR LE SIÈGE DES PARASITES DE LA LÈPRE (1),

par MM. V. CORNIL, médecin de l'Hôpital de la Pitié
et SUCHARD, interne des hôpitaux.

D'après les observations de Hansen confirmées par plusieurs médecins norvégiens, MM. Heiberg, Bidenap et Winge (2), et par un médecin allemand M. Neisser, il n'est plus douteux que la lèpre ou éléphantiasis des Grecs ne rentre dans les maladies parasitaires.

Nous avons eu la possibilité de faire des examens de lèpre tuberculeuse sur des pièces qui proviennent les unes de la léproserie de Grenade et qui ont été mises obligeamment à notre disposition par le Dr Benito Hernando, l'autre d'un malade de M. le Dr Labbé, médecin de la maison municipale de santé.

Les tubercules lépreux de la peau sont constitués par une infiltration du corps papillaire et du derme cutané, par de grosses cellules globuleuses, sphéroïdes ou un peu aplaties, très nombreuses, situées entre les fibres du tissu conjonctif. Les papilles ne sont plus distinctes au niveau du centre du tubercule, les glandes et les follicules pileux sont atrophiés et détruits. Les couches épidermiques sont amincies à ce niveau de telle sorte que la surface des tubercules non ulcérés est glabre. Il est facile de s'assurer de ces particularités en examinant au microscope des coupes de tubercules lépreux colorés au picro-carmin.

Dans la figure 1, qui est dessinée à un grossissement de 100 diamètres et qui représente la portion saillante d'un tubercule, les couches épidermiques de *a* en *d* sont minces et les saillies des papilles n'existent plus en *f*, à la surface du derme. Ce dernier, dans toute son étendue est infiltré de cellules *e e*, qui ne sont autres que des cellules migratrices interposées aux fibrilles. Ces cellules sont moins nombreuses dans la

(1) Cités par Klebs, *Ueber ansteckende Krankheiten in Eulenburg's Real-Encyclopadie*.

(2) Ce travail a été déjà publié par la *Société médicale des hôpitaux*. Nous le reproduisons parmi les mémoires originaux en raison de son importance et de la planche qui l'accompagne. (Note de la Rédaction.)

couche superficielle du derme que plus profondément. Sur ces coupes du derme on ne voit plus que des vaisseaux sanguins *v*.

Ces vaisseaux sont représentés à un fort grossissement dans les figures 4 et 5, suivant une coupe longitudinale et suivant une coupe transversale. Ils présentent un épaississement notable de leur paroi, de leur membrane interne surtout, de telle sorte que, sur une section transversale, ils ressemblent à des globes à couches emboîtées. C'est cette apparence qui très vraisemblablement a fait dire à Neumann qu'on trouve des globes colloïdes dans le tissu lépreux.

Sur les préparations obtenues, après l'action de liquides durcissants, l'alcool, par exemple, et colorées au carmin, il est impossible de voir les parasites de la lèpre. Avec un fort grossissement, toutefois (500 à 1000 diamètres), on aperçoit dans le protoplasme des grosses cellules, de petits corps ovoïdes ou allongés dont la forme est mal définie, qui sont réfringents et colorés en rose. Mais on ne pourrait, par ce procédé, affirmer qu'il s'agit des bâtonnets si caractérisés lorsqu'on emploie les méthodes suivantes :

1° A l'état frais, sur un fragment de tubercule dermique qu'on enlève sur le vivant et qu'on dilacère dans l'eau avec les aiguilles, on voit dans le liquide qui sépare les éléments, des grains sphériques et des bâtonnets agités de mouvements spontanés. Ces bâtonnets se plient et se retournent de façon à se présenter en long ou de face et ils offrent des mouvements de torsion ;

2° Pour obtenir des coupes sur lesquelles les bâtonnets soient bien visibles, nous avons pris de petits fragments de la peau enlevés sur le vivant et placés immédiatement dans l'alcool à 40 d'abord puis dans l'alcool absolu. Les coupes ont été ensuite colorées par le séjour dans une solution de violet de méthylaniline 5 B de la fabrique de M. Poirier de 1 à 5 0/0, puis lavées successivement dans le carbonate de soude de 1 à 4 0/0, dans l'alcool absolu, traitées ensuite par l'essence de girofle et conservées dans le baume de Canada.

On n'obtient pas ces préparations sans tâtonnements, car il faut apprécier le degré de décoloration nécessaire obtenu par le lavage dans l'alcool absolu. Cet agent enlève une partie de la matière colorante qui imprègne les cellules et il faut arrêter son action avant que les bâtonnets eux-mêmes ne soient décolorés.

Sur les préparations bien réussies, les cellules précédemment indiquées présentent toutes dans leur protoplasma des bâtonnets très nombreux qui sont tous colorés en bleu d'une façon très intense, tandis que le protoplasma est à peine teinté de bleu et que les fibres du tissu conjonctif sont incolores. Avec un grossissement de 300 diamètres tel qu'on l'obtient, par exemple, avec l'objectif 8, de Verick, on voit très bien les bâ-

tonnets colorés en bleu ainsi que le représente la figure 2. Toutes les cellules renferment une quantité variable de bâtonnets. Le protoplasma de la cellule est légèrement teinté en bleu, et les fibres qui les séparent étant tout à fait décolorées représentent des interstices clairs entre les cellules. Dans la figure 2, nous avons représenté en *v* la lumière d'un vaisseau sanguin. Les cellules plates qui forment la paroi du vaisseau présentent, comme toutes les cellules, du tissu conjonctif, de nombreuses bactéries. Mais, pour bien voir ces bâtonnets, il est nécessaire de se servir d'objectifs à immersion. Lorsque avec ces objectifs on emploie la lumière intense du concentrateur, la lumière diffuse qui noie les cellules fait admirablement ressortir les bâtonnets colorés en bleu.

On a ainsi une vue d'ensemble très démonstrative et dans laquelle toutes les cellules rondes ou aplaties du tubercule lépreux paraissent remplies de très nombreux bâtonnets irrégulièrement disposés en faisceaux (*voyez B, C, fig. 3*). Ces bâtonnets sont rigides, ce qui semble uniquement dû à l'action de l'alcool; tantôt ils sont bien distincts les uns des autres, tantôt ils sont accolés en un faisceau allongé aux extrémités duquel on voit les pointes de chacun d'eux (*voyez F, fig. 3*). Avec les bâtonnets il existe de petits grains allongés. On trouve très peu de bâtonnets en dehors des cellules.

Une particularité remarquable que nous avons observée sur toutes nos préparations, c'est que les diverses couches de l'épiderme ne contiennent aucun microbe. Le revêtement épidermique forme donc un vernis imperméable aux parasites spéciaux de la lèpre. Nous reviendrons sur ce point en étudiant les conditions de la contagion de cette maladie comparativement avec celles de la contagion des autres affections cutanées.

Nous avons examiné par cette dernière méthode des fragments volumineux de tubercules lépreux ulcérés et non ulcérés provenant de la collection anatomo-pathologique de Grenade. Ces pièces nous ont donné en général les mêmes résultats et il était facile d'y voir les bactéries; mais comme elles provenaient d'autopsies faites vingt-quatre heures au moins après la mort, les phénomènes de décomposition cadavérique rendaient les préparations moins nettes que sur les fragments pris pendant la vie.

Nous avons trouvé aussi des bactéries dans des organes provenant de ces autopsies, notamment dans un foie qui offrait toutes les lésions de la cirrhose hypertrophique avec l'épaississement fibreux considérable et la multiplication des canaux biliaires interlobulaires qui caractérisent cette maladie. Les bacilles parasites avaient pour siège de prédilection, dans ce foie, les cellules de nouvelle formation situées dans le tissu conjonctif interlobulaire, mais il en existait aussi dans quelques cellules hépa-

tiques. Ainsi, dans la figure 6, qui représente une coupe du foie, on voit en *c, c*, des cellules hépatiques qui contiennent des bâtonnets. La cellule ronde *b* est assurément une cellule lymphatique. Telle est aussi la cellule isolée représentée en *A*.

Les nerfs (nerf médian, etc.) que nous avons examinés présentaient une sclérose avec épaissement fibreux et atrophie des éléments nerveux.

En résumant ce qui précède concernant les tubercules cutanés de la lèpre, nous voyons que ces tubercules, formés par un tissu dermique solide, dense, feutré, sont constitués par des cellules remplies de bactéries et interposées aux fibres du tissu conjonctif; que les couches épidermiques sont indemnes des parasites, mais amincies. Cette couche épidermique s'oppose tant qu'elle est conservée, à la diffusion extérieure du parasite et lui oppose une barrière. Elle rend la contagion très difficile. Le siège des parasites est profond. C'est le contraire qui a lieu dans la plupart des affections parasitaires éminemment contagieuses de la peau, telles que les fièvres éruptives, la variole par exemple, et l'érysipèle.

Fig 1

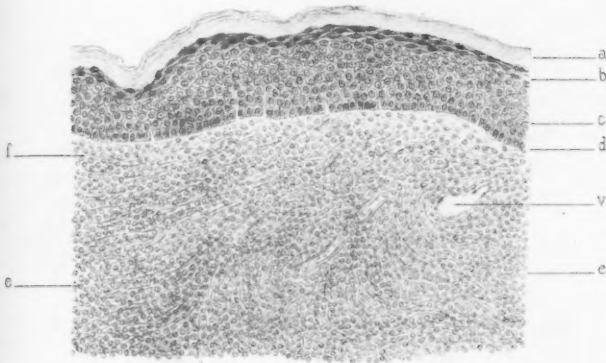


Fig 4



Fig 2

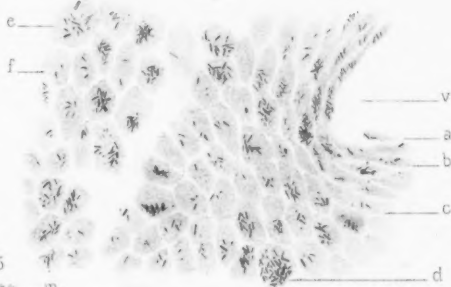


Fig 5



Fig 6

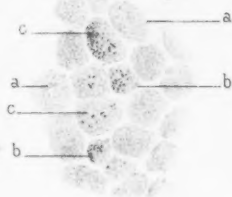
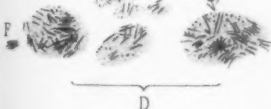


Fig 3



Goml et Karmanski del.

Karmanski lith

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA LÈPRE.

Imp. Lemercier & Co, r. de Seine 57 Paris.

EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE V.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA LÈPRE.

Fig. 1. Coupe passant à travers la portion saillante d'un tubercule lépreux (grossissement de 100 diamètres).

a, épiderme corné ; *b*, couche granuleuse ; *c*, corps muqueux ; *b*, limite du derme ; *e*, cellules rondes infiltrées entre les fibres du derme ; *v*, vaisseau.

Fig. 2. Coupe du derme (grossissement de 300 diamètres).

c, d, e, f, cellules rondes ou irrégulières de forme, infiltrées entre les fibres du tissu conjonctif. Elles contiennent toutes des bâtonnets colorés en bleu. *a, b*, cellules appartenant à la paroi d'un vaisseau *v* et qui contiennent également des bâtonnets.

Fig. 3. Éléments du tubercule lépreux destinés à un grossissement de 600 diamètres (obj. à immersion, n° 7, de Nachet).

B, D, cellules remplies de bâtonnets ; *F*, un faisceau de bâtonnets adhérents les uns aux autres.

Fig. 4. Section longitudinale d'un vaisseau représenté à un grossissement de 200 diamètres.

o, o, lumière du vaisseau ; *m*, sa paroi ; *a*, cellules qui sont interposées aux fibres du derme.

Fig. 5. Section transversale d'un vaisseau, grossissement de 200 diamètres.

p, paroi du vaisseau ; *m*, tissu périphérique.

Fig. 6. Coupe du foie. Grossissement de 750 diamètres ; *a*, cellule hépatique sans bactéries ; *b*, cellule lymphatique contenant des bâtonnets ; *c, c*, cellule hépatique contenant des bâtonnets.

A, une cellule lymphatique provenant du foie et contenant des grains et des bâtonnets.

III.

OBSERVATION D'UN CAS DE XANTHOME EN TUMEUR,

par MM. **Brachet** et **Monnard**, médecins de l'hôpital d'Aix, en Savoie.

Examen histologique

(par M. **Balzer**).

L'observation ci-après nous a été adressée personnellement par M. le Dr Brachet, avec de très beaux dessins photographiques que nous ne pouvons malheureusement pas publier, mais que nous communiquerons très volontiers. Elle représente un bel exemple de la troisième espèce de xanthome que nous avons décrit sous le nom de *xanthome en tumeurs* (voy. *Trad. franc.* de Kaposi, Paris, 1881, t. II, pages 215 et suiv., note 2), et dont la première observation a été publiée par Carry (*Ann. de dermatologie*, 2^e série, t. I, p. 64 et suiv. Paris 1881). M. le Dr Brachet ayant bien voulu, en outre, nous envoyer des fragments de tumeurs enlevés au coude et à l'index, l'examen histologique a pu en être fait pour nous par M. le Dr Balzer, et nous le donnons ci-dessous à la suite de l'observation.

ERNEST BESNIER.

I

Observation.

P... Joseph, 24 ans, cultivateur, à Ostia (Aix). Rien d'héréditaire; teint blond; pas de scrofule; belle musculature. Quelques douleurs rhumatoïdes depuis 3 ans.

A l'âge de 10 à 12 ans, apparition simultanée sur les coudes, les genoux, et sur la face dorsale de l'index de la main gauche, de petites élevures lisses et indolentes, ayant au début la forme hémisphérique. Puis lentement et graduellement de nouvelles élevures se développent tout autour des tumeurs du coude, et symétriquement des deux côtés, en affectant une forme circinée, à bords surélevés, irrégulièrement festonnés et ayant une coloration jaune café au lait. Dans la suite les tumeurs centrales s'allongent et se pédiculisent. Cette évolution spéciale

ne se produit qu'aux coudes et aux genoux ; dans les autres régions, les tumeurs restent hémisphériques à large base d'implantation.

Il y a trois ans, apparition à la face dorsale de la racine du médius gauche d'une tumeur ayant actuellement la grosseur et la forme d'une petite noisette. A la même époque, développement de tumeurs multiples à la région interne et postérieure du poignet gauche.

Depuis un an, productions diverses sur la commissure du pouce et de l'index aux deux mains, sur le tendon d'Achille gauche, sur la fesse gauche.

Description des tumeurs.

I. Bras gauche : 1° coude. — Placard presque circulaire de la région postérieure du coude.

Hauteur. 6 centimètres.
Largeur. 6 centimètres 1/2.

En allant de la périphérie au centre, on trouve :

1° Une première zone couleur noisette, formée de petits plateaux surélevés, séparés par des sillons et même des espaces, où la peau est notablement amincie ;

2° Puis espace presque libre ;

3° Au centre, une tumeur à trois lobes de la grosseur d'une nêfle, légèrement aplatie au sommet, en forme de champignon trilobé, à large pédicule ne dépassant pas l'épaisseur du derme. Tout le placard ne présente pas la moindre adhérence avec les parties profondes. Cette tumeur centrale a une consistance fibreuse et presque cartilagineuse, elle est indolente ; la peau qui la recouvre est un peu violacée, indolente et très amincie. Une piqure faite avec un bistouri donne la sensation d'un corps fibro-cartilagineux, et n'amène pas de sang.

Dans l'épaisseur du périoste de la face postérieure de l'olécrane, on sent deux tumeurs de la grosseur d'un haricot, très dures, lisses, à base large et mobile.

L'excision de la tumeur centrale laisse voir au-dessous un tissu d'apparence adipeuse, présentant la coloration des plaques de la peau.

II. (Artic. mét. phal.). — Tumeur naissante de la base du médius (face dorsale) de la grosseur d'un gros haricot. Base indolente, violacée.

III. A la commissure du pouce et de l'index, face dorsale, élevures multipliées, aplaties, formant une plaque en croissant, se moulant sur la commissure.

IV. Index, articulation de la première et deuxième phalange. Tumeur

identique à la précédente. On en fait l'ablation, elle paraît enkystée.

V. A la région interne et postérieure du poignet : placard de 2 centimètres $1/2$ de long, sur 1 centimètre $1/2$ de large, en forme de bourrelet aplati représentant assez exactement un G majuscule.

VI. Tumeur naissante, côté interne du pouce, articulation de la première et deuxième phalange.

I. Bras droit : 2^e coude. — Placard absolument semblable au précédent. Une seule tumeur à la face postérieure et profonde de l'olécrane.

II. Tumeur naissante de la base de l'annulaire.

III. A la commissure du pouce et de l'index, placard identique à celui de la main gauche.

IV. Sur le côté externe du pouce : élevation de la grosseur d'un grain de chènevis avec un point central noir. Une forte pression n'amène pas la sortie de matière sébacée.

Genoux. — Symétrie parfaite des deux placards.

Hauteur..... 41 centimètres.

Largeur..... 6 —

Tumeur centrale trilobée. Les lobes paraissent se relier à des tumeurs fibreuses sous-cutanées ressemblant aux corps fibreux, périoste des coudes, mais ils n'adhèrent pas à la rotule, et forment comme un pédicule de la tumeur.

Tumeur naissante de la grosseur d'un petit pois au tendon d'Achille gauche.

A la face postéro-interne de la fesse gauche, deux groupes de trois tumeurs de la grosseur d'un petit haricot : elles sont de consistance molle.

Pas de plaques aux paupières.

Jamais d'ictère.

II

Examen histologique

(par M. Balzer).

Préparation. — Durcissement : alcool, gomme, alcool. — Coloration des coupes par le picro-carminé d'ammoniaque.

Nous avons examiné trois tumeurs qui ont présenté constamment les mêmes caractères. A leur niveau, l'épiderme est aminci, mais normal; en quelques points cependant, la couche granuleuse s'amincit et tend à disparaître. La portion intra-épidermique du canal des glandes sudoripares est considérablement dilatée.

Les papilles du derme sont effacées dans les points les plus saillants des

tumeurs. Presque partout, cependant, il existe une couche dermique normale entre l'épiderme et la masse xanthélasmique. Celle-ci paraît avoir eu son point de départ dans la partie la plus profonde de la peau; elle s'est développée en refoulant d'abord et en envahissant ensuite les parties les plus superficielles du derme. En quelques points, et seulement sur les tumeurs les plus volumineuses, elle vient se mettre en contact avec le corps muqueux, lequel a perdu beaucoup de son adhérence et se détache facilement à ce niveau.

La masse nodulaire présente des caractères identiques à ceux qui ont été décrits par M. Chambard dans le xanthélasma tubéreux. Elle est constituée par un tissu conjonctif d'autant plus dense et moins riche en cellules que l'on se rapproche plus de son centre. C'est là, du moins, une disposition à peu près constante et bien nette surtout sur la tumeur la plus volumineuse que nous avons examinée. On pourrait même, pour donner immédiatement une idée d'ensemble de la production pathologique, dire que le centre est constitué là par du fibrome à peu près pur, tandis que la périphérie présente les caractères histologiques du xanthélasma. Le centre est donc constitué par des faisceaux fibreux plus ou moins volumineux dans les interstices desquels on trouve des cellules étoilées peu nombreuses.

Un grand nombre de ces cellules sont en voie de dégénération granulo-graisseuse, et dans quelques espaces cette dégénération est complète, les cellules peuvent même avoir disparu et sont remplacées par des cristaux d'acides gras.

Mais c'est surtout à la périphérie de la tumeur que les altérations cellulaires doivent être étudiées, dans les parties qui présentent le processus en activité. Les cellules du tissu conjonctif nous offrent à considérer à la fois leur multiplication et leur dégénérescence. Elles ont manifestement proliféré, elles se montrent à l'état d'amas de cellules embryonnaires, et plus fréquemment elles sont disposées en groupes ou en séries assez régulières entre les faisceaux de tissu conjonctif. Leur dégénérescence s'observe à plusieurs degrés; tout d'abord le protoplasma de la cellule se charge de fines granulations; puis la cellule se tuméfie, se déforme; il arrive quelquefois que plusieurs cellules se soudent les unes aux autres, de telle sorte qu'avec leurs noyaux disséminés dans cette masse protoplasmique granuleuse et colorée en jaune par le picro-carminate, elles ressemblent, à s'y méprendre, à des cellules géantes. A une période plus avancée, le noyau tend à disparaître, atrophie ou dissimulé sous des gouttelettes de graisse. Plus tard, enfin, la cellule s'atrophie, le noyau disparaît, on ne trouve plus que de la graisse libre en gouttelettes ou en cristaux qui conservent pendant longtemps la forme et la disposition de la cellule.

Nous avons déjà signalé la coexistence des altérations dégénératives et inflammatoires. Ces dernières sont surtout bien mises en évidence sur le trajet des vaisseaux. On les voit, en effet, entourés d'une zone embryonnaire plus ou moins étendue, et même il n'est pas rare de rencontrer des artérioles dont la tunique interne a été le siège d'une prolifération conjonctive qui a déterminé finalement leur oblitération. Dans quelques points les vaisseaux semblent avoir com-

plètement disparu, on n'en trouve pas trace : ces lésions inflammatoires des vaisseaux ne se voient pas seulement dans le noyau xanthélasmique, on les constate aussi à sa périphérie. Leur rôle dans l'évolution du processus nous paraît devoir être mis en première ligne.

Nous avons constaté dans les nerfs situés au centre des tumeurs ou à leur périphérie les lésions décrites par M. Chambard, à savoir : épaissement du névrilemme et du tissu conjonctif intrafasciculaire, et dégénération granulo-graisseuse des cellules endothéliales qui les tapissent. Ces lésions sont très accusées.

Enfin, les glandes sudoripares ont subi des altérations qui les rendent méconnaissables, le glomérule est en quelque sorte dissocié par la sclérose qui s'est développée autour des canalicules glandulaires, et qui forme autour d'eux des zones épaisses. L'épithélium glandulaire a pris une forme cubique; en beaucoup de points, il remplit complètement la lumière du canalicule en voie d'oblitération. Dans les endroits où les lésions sont moins avancées on trouve autour des glomérules sudoripares des altérations cellulaires semblables à celles que nous avons déjà décrites (1).

(1) Des recherches récentes faites par nous sur ce cas, nous portent à considérer le xanthélasma comme lié à la présence de microbes dans les cellules du tissu conjonctif (Voy., pour les détails, *Société anatomique*, séance du vendredi 27 octobre 1891).

F. BALZER.

IV

NOTE SUR UN CAS DE DERMATOSCLÉROSE PARTIELLE OU DE SCLÉRODERMIE EN PLAQUES,

par **BARTHELEMY**, chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis.

Syn. : *Sclérème en placards*. — *Scleremia circumscripta*. — *Sclérémie lardacée*. — *Sclerostenosis*, l'une des *morphées* ou *sctériasis* des Anglais. — *Hautsclerem* des Allemands.

Eugène Gallin, âgé de 20 ans, employé de commerce, entré le 27 juillet, salle Saint-Louis, n° 17, service de M. le docteur Fournier, Hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Il est fils unique. Sa mère, qui n'a jamais eu d'autre enfant, n'a eu qu'une seule fausse couche; elle est bien portante, un peu nerveuse, mais non sujette aux attaques de nerfs; elle a parfois des migraines et des accès de lassitude, d'asthénie. Son père est migraineux aussi, mais il n'a pas de rhumatisme. Il a eu des accès fréquents de gastralgie, et, il y a une vingtaine d'années, des plaques de psoriasis au coude droit.

Antécédents personnels. — Le malade est d'une taille ordinaire; il est pâlot, maigrelet, mais assez bien portant; c'est un *lymphatique*. Pas d'excès, pas d'alcoolisme; pas de fièvre grave, typhoïde ni autre; pas d'épistaxis; pas de rhumatisme ni de syphilis; pas de chorée, pas de susceptibilité nerveuse, ni d'état mental; rien de spécialement changeant ni bizarre dans le caractère.

Début de l'affection. — A 16 ans, il avait la peau absolument saine et se trouvait indemne de tout trouble nerveux. Il n'eut d'ailleurs à cette époque ni émotion vive, ni frayeur, ni chagrin, ni grande fatigue. A 17 ans, il remarqua à l'avant-bras droit (face antérieure, tiers supérieur) une petite tache lilas (mélange de rose et de brun). Cette tache fut remarquée par hasard; car elle n'était le siège d'aucune douleur, démangeaison ni sensation anormale.

Évolution d'une plaque prise comme type. — Cette tache, qui était

alors du volume d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc, augmenta rapidement et atteignit, dans l'espace de quinze jours ou trois semaines, les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent. Puis, elle s'étendit graduellement et plus lentement pendant trois mois environ. Plus tard, elle resta à peu près stationnaire; peut-être se développa-t-elle encore, mais si peu et si lentement que son augmentation fut à peine sensible. *Au fur et à mesure que la tache se développe*, voici ce qui se passe : Le centre, qui était d'abord lilas, pâlit et devient blanc. La coloration lilacée, qui marque le début, puis l'extension, occupe la périphérie et la limite par un bord qui a de deux à quatre millimètres de largeur. Ce bord marque l'extension — car la marche de la lésion est excentrique — à la façon des cercles que produit une pierre qui tombe dans l'eau.

Le centre, au contraire, pâlit de plus en plus : d'abord plus coloré que la peau normale, il devient peu à peu plus blanc : à l'hyperchromie succède l'achromie. Et, comme la plaque est lilas à la périphérie et blanche au centre, et que la coloration est inégalement distribuée, on peut dire qu'elle est caractérisée par de la *dyschromie*.

Cette coloration anormale est en effet le résultat d'un vice bien plutôt de la pigmentation que de la vascularisation; car la pression du doigt ne la modifie pas sensiblement.

Au fur et à mesure que la peau blanchit, elle devient lisse et brillante. Elle n'a plus la teinte mate de la peau normale; elle devient luisante, vernissée, émaillée, comme de la baudruche ou du collodion. Les plis cutanés disparaissent.

En même temps que la plaque devient ainsi blanche et lisse, elle devient massive et s'épaissit, dans toute sa portion centrale.

La portion périphérique, c'est-à-dire lilacée, garde son épaisseur et sa souplesse physiologiques et ne diffère absolument de la peau normale que par sa coloration. Les plis cutanés et les glandes sont conservés à ce niveau.

Au contraire, dans les points achromiques, la peau perd ses plis, ses glandes, et pourtant s'épaissit, mais en masse et d'une façon inégale, de telle sorte que cet épaississement est plus accentué au centre, qui est légèrement bombé, que sur les bords, où l'infiltration scléreuse va en mourant, en diminuant progressivement.

Nous parlons d'infiltration du tissu conjonctif; et, en effet, la peau est, au toucher, dure, cartilagineuse, fibreuse et forme comme une cuirasse aux tissus sous-jacents. C'est dans les points où la peau est la plus lisse et la plus blanche qu'elle est aussi la plus épaisse.

Enfin, au fur et à mesure que la plaque devient plus ancienne et plus large, un autre phénomène apparaît : la portion tout à fait centrale

rougit devient hyperémique; puis, peu à peu, la couche cornée de l'épiderme tombe et laisse à nu la couche malpighienne qui est dès lors à vif, saignante ou couverte d'une légère sérosité sanguinolente. *Ce travail exulcératif* n'est pas uniforme; même dans la portion centrale, il n'est pas continu; il est plus accentué sur certains points que sur certains autres. Cette inégalité des exulcérations se manifeste plus encore par la suite: en effet, les points exulcérés plus profondément se recouvrent de véritables petites croûtes grises ou brunes, tandis que les parties voisines sont seulement recouvertes de squames ou de croûtelettes minces et écailleuses. Il n'y a nulle part de lésions présentant un développement plus avancé; nulle part, en effet, on ne trouve ces cicatrices blanchâtres, déprimées, que l'on voit notées dans la plupart des observations.

En résumé, la plaque constituée, arrivée à la période d'état, se présente sous l'aspect suivant:

Une plaque formée de trois zones concentriques qui sont de dehors en dedans: lilas, blanche, rouge.

La zone lilas a encore tous les caractères de la peau normale; la zone blanche est lisse, lardacée, blanche, *épaissie et indurée*; la zone rouge est exulcèreuse et croûteuse. On ne trouve donc en aucun point ce caractère de dépression et d'atrophie de la peau, que certains auteurs ont voulu confondre, pour ainsi dire identifier, avec l'affection sclérodermique.

Telle est la *marche* de la *première de ces plaques*, prise comme type de description, et ayant *débuté il y a trois ans*, sans avoir été précédée d'aucune douleur rhumatoïde ni autre, sans avoir été accompagnée de sensibilité extrême au froid ni d'aucune sensation anormale, sans avoir été suivie de cachexie ni même de diminution de la santé générale. Jamais, chez ce malade, il n'a été observé non plus de trouble psychique, ainsi que M. Lailler a pu en rencontrer chez deux sclérodermiques; il est vrai qu'il ne s'agissait pas là de la forme partielle, c'est-à-dire de la *sclérose cutanée en plaques*.

La plaque dont la description précède, a aujourd'hui à peu près la largeur de la paume de la main et présente une certaine tendance à la circularité. Cette forme circulaire, toutefois, est loin d'être parfaite. Dès l'apparition de cette plaque, c'est-à-dire il y a trois ans, le malade fut soumis aux bains sulfureux; mais il ne les continua pas longtemps, car il leur attribua le redoublement d'intensité de sa maladie. Celle-ci, dont le début vient d'être retracé, continua son évolution: trois semaines après les bains sulfureux, des plaques, analogues à la première, se montrèrent de tous les côtés. Chaque jour, le malade en découvrait une nouvelle; et, dans l'espace de deux mois, tout le corps en était couvert;

il en a en effet une quarantaine de formes et de dimensions variées, depuis la pièce de deux francs jusqu'à la largeur de la main.

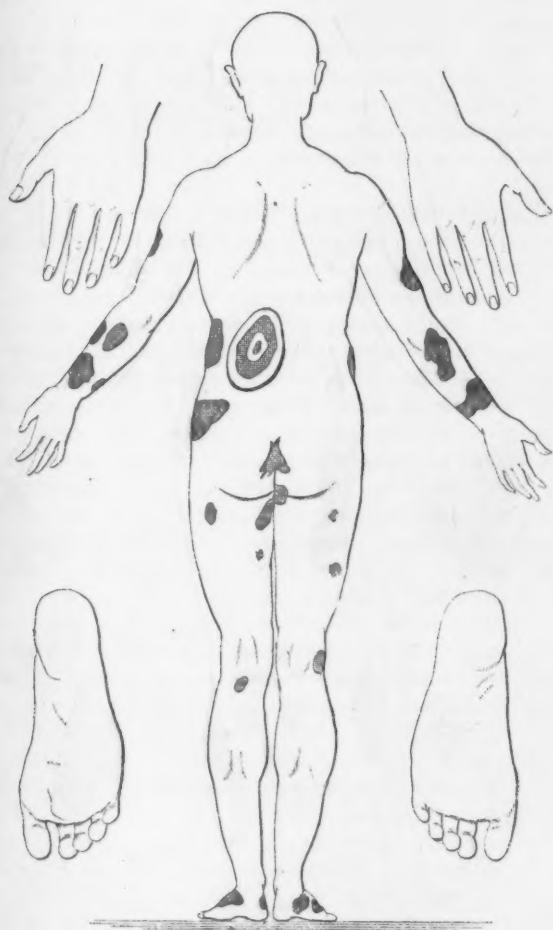
La forme de ces plaques est capricieuse; mais la disposition ovulaire et la tendance à une circularité imparfaite ou incomplète dominent évidemment.

Dans le dos, du côté droit, non loin de la ligne médiane, au niveau des dernières côtes dorsales, il existe notamment une plaque qui réunit au plus haut point tous les caractères décrits plus haut, et en outre diverses particularités sur lesquelles nous allons revenir; elle a de plus une forme ovulaire très remarquable, et une étendue égale à celle d'une petite main.

Cette plaque réalise certainement le type le plus complet et le plus accentué de l'affection connue sous le nom de *dermatosclérose en plaques*, ou de *sclérodermie lardacée*. Elle est tellement caractéristique que sa vue seule permet de connaître et fixe définitivement dans l'esprit cette affection que beaucoup de médecins ne peuvent étudier, car elle est à peine indiquée dans les auteurs classiques. M. le docteur Besnier a fait à ce sujet, dans les *Annales de dermatologie*, un article fort instructif où il a réuni un certain nombre d'observations de sclérodermie lardacée. Un de ces cas a été moulé et déposé au musée de Saint-Louis, où chacun peut aujourd'hui l'étudier. Ce moulage est fort exact et l'affection est très nette. Nous devons dire toutefois qu'elle est loin d'être aussi accentuée, aussi marquée, aussi vivement colorée que dans le cas que nous rapportons ici. Dans l'article auquel je renvoie (*Annales de dermatologie*, 1880, p. 83), M. Besnier signale surtout à l'attention des médecins la description de cette maladie faite par Tilbury Fox. C'est ce médecin, en effet, qui a le plus et le mieux insisté sur les points saillants de ces lésions, sur la belle coloration rose lilas, ou mauve violacée de la périphérie, et sur les petites varicosités que l'on observe, soit à l'œil nu, soit à la loupe, dans la zone érythémateuse centrale, avant que celle-ci ne soit devenue exulcéreuse ou croûteuse.

La plaque-type du dos présente quatre zones, qui sont, de dehors en dedans : 1° une zone externe, d'un beau lilas mauve, ayant un peu plus d'un centimètre de largeur; — 2° une zone violet foncé, ardoisé ou mieux bistré, ayant un peu moins d'un centimètre de largeur; — 3° une zone blanche, lisse, dure, véritablement lardacée, mesurant un centimètre environ; — 4° une zone rouge, centrale, ayant l'étendue de la coupe d'un œuf de pigeon, squameuse à la périphérie, puis variqueuse, et enfin érythémateuse, mais presque lisse tout à fait au centre.

(1) *Skin Diseases*, London, 1873, p. 342. Voir encore Neumann (*Wiener Med. Presse*, 1871).



riées,

alalaire
nimentiveau
réunit
outre
plus
d'uneplus
ques,
le sa
cette
est à
fait
uctif
acée.
cha-
ction
aussi
que
der-
des
à ce
ants
de
œil
elle-en
olus
ou
une
uti-
la
se,

ed.



La plaque se fait donc remarquer par son aspect multicolore et se présente sous forme d'une *cocarde ovale* à quatre couleurs : lilas, bistre, blanc et rouge.

Disposition des lésions. — Les autres plaques sont disséminées sur les membres ainsi qu'il suit. Leur disposition est loin d'être symétrique; et, dans les points où la symétrie se rencontre, peut-être n'est-il pas nécessaire d'en tenir un compte absolu, puisque le corps, ainsi que le fait, avec raison, remarquer M. Besnier, est lui-même symétrique normalement. On peut en juger par les planches ci-jointes.

Sont épargnées par les lésions sclérémiques, les régions suivantes :

En arrière :

La tête, le cuir chevelu, le cou, les épaules, les deux tiers supérieurs du dos, tout le côté droit.

En avant :

Tout le tronc excepté les régions latérales du bassin, les mains, les faces internes et antérieures des cuisses.

Sont atteintes, à gauche :

En arrière, au niveau de la ceinture : la partie moyenne et latérale du tronc.

En avant, les *membres thoraciques*, exclusivement dans leurs régions externes : les avant-bras plus que les bras. Dans ces régions externes les lésions ont une certaine symétrie. Rien aux mains.

Les *cuisses*, aussi dans leur face externe ; les *genoux*, au-dessus et au-dessous de la rotule, surtout dans les régions antérieures ;

Les *jambes* (région externe, et surtout mollets, qui sont envahis dans leur presque totalité) ;

Les *malléoles* (faces externe et interne) ;

Les *régions tarsiennes*. Rien aux orteils, rien aux régions plantaires. Pas de trace de sclérodactylie ; pas d'atrophie ni d'altération musculaire ; pas de prédominance musculaire d'un côté par rapport à l'autre, ni d'un groupe d'un côté sur le groupe correspondant.

Les *forces* normales sont partout conservées.

La *sensibilité*, qui a été étudiée avec soin et à plusieurs reprises, s'est trouvée douée de ses divers modes physiologiques dans les points sclérémisés comme dans les points restés sains.

La *température locale*, au niveau des plaques et au niveau de la peau saine, est également normale et sans différence d'un côté à l'autre. Il ne semblerait donc pas y avoir là de lésion vasculaire.

Au niveau de l'avant-bras droit, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, il y a un certain nombre de placards arrondis un peu plus larges que des pièces de cinq francs en argent ; sans se toucher, ils sont cependant assez rapprochés les uns des autres pour former une espèce

de *bracelet*, à peu près continu, qui enserre assez fortement l'avant-bras.

En effet, l'atrophie cutanée est manifeste aussi bien que la dermatosclérose, ce dont on peut s'assurer en regardant l'avant-bras de profil. On voit alors très évidemment, au niveau des plaques dures, une dépression cutanée prononcée. Cette dépression et la dureté de la peau, au niveau de la plaque, ont un inconvénient qui pourrait avoir quelque gravité à cause de son siège : c'est que les plaques, qui forment un bracelet à l'avant-bras, déterminent une gêne assez considérable dans les mouvements des doigts et de la main, en ce sens qu'elles compriment les tendons sous-jacents et troublent ainsi notablement leur fonctionnement.

Marche de l'affection : Le début a été *spontané* sans relation avec une cause de délibitation quelconque (ni émotion ni fatigue d'aucune sorte) ; il a été *indolent* et *rapide*, puisque les plaques ont apparu dans l'espace de quelques semaines. Toutefois, les poussées, pour avoir diminué d'intensité, ne se sont éteintes qu'à la longue et graduellement, puisque de nouvelles taches *lilacées*, ou *violacées* ou même *contusiformes* se sont encore montrées çà et là dans le cours de la première et de la seconde année, à des intervalles irréguliers et toujours avec les mêmes caractères de soudaineté et d'indolence.

Depuis un an, aucune nouvelle tache n'est apparue. L'affection s'est donc enrayée spontanément et est entrée dans une sorte de *période d'état*.

On voit les plaques à divers degrés de développement. Les unes se sont arrêtées au premier degré, à la *période lilacée continue*, et se montrent seulement sous l'aspect d'une tache lilas clair à reflets rosés ou plutôt (chez celles qui datent déjà d'un certain temps) lilas foncé, bleuâtre, légèrement ecchymotique, *pâlissant* à la pression, bien que ne s'effaçant pas complètement, ayant l'étendue d'une pièce de deux francs environ et étant resté, depuis un an, dans un état absolument stationnaire, sans que le malade ait observé ni augmentation ni diminution. A cette période, il n'y a donc qu'une simple tache, sans formation des zones signalées : nous en observons des exemples fort nets à la racine de la cuisse gauche, en arrière.

L'*examen des urines* donne, au point de vue de la présence du sucre, de l'albumine, du pus, du sang, de sable urique, des résultats tout à fait négatifs.

D'autre part, l'*examen des viscères* démontre que les organes sont tous à l'état physiologique.

Le *diagnostic* de la dermatosclérose lardacée est très facile, non pas tant à cause de la forme, de la dureté, de l'aspect moiré de la plaque qu'à cause de la remarquable zone lilas ou rose sur laquelle M. Besnier,

d'après Wilson et surtout Fox, insiste avec tant de raison. Cette disposition et cette coloration sont telles que quiconque les a une fois observées ne peut les oublier. Au contraire, le diagnostic est très difficile, sinon impossible, pour quiconque n'a pas observé ces lésions, qui ne sont dans les classiques français, qu'insuffisamment décrites. A l'appui de cette proposition, M. Besnier nous citait un exemple instructif; qu'il nous permette de le rapporter ici, car il nous a vivement frappé. Tout récemment, M. Besnier observa dans son cabinet un malade atteint de dermatosclérose lardacée qui n'était encore constituée que par une plaque unique, mais assez étendue, occupant le creux axillaire. Le chirurgien, qui donnait habituellement ses soins à ce malade, avait diagnostiqué un cancer en cuirasse au début et avait proposé une opération. M. Besnier fut consulté sur ces entrefaites et intervint juste à temps pour empêcher une opération inutile, soit contre le cancer en cuirasse, soit contre la dermatosclérose.

Je dois signaler le fait suivant, que j'ai eu *un instant* sous les yeux, tout récemment, à la consultation de Saint-Louis. Il s'agissait d'un *homme*, d'une cinquantaine d'années, qui était porteur *dans le dos, précisément dans le point* où nous avons déjà vu la plaque-type du cas précédent, *d'une large plaque de dermatosclérose*; cette plaque était à peu près *ovale*, encore comme celle que j'ai décrite précédemment; mais elle *ne présentait en aucun point la fameuse coloration lilacée*. Elle ne se composait que de *deux zones*: l'une interne *périphérique*, d'une magnifique *couleur bistrée* assez foncée, de la largeur d'un centimètre environ; l'autre occupant *toute la surface de la plaque*, était rouge, *érythémateuse et squameuse* non exulcé-rative, mais absolument couverte de *lambeaux épidermiques lamelleux*. Au premier abord, on pouvait penser à une vaste plaque de psoriasis; par un examen attentif, on ne tardait pas à diagnostiquer sans hésitation la plaque de sclérodémie: à cause de la splendide zone périphérique d'hyperchromie bistrée, parce que la plaque centrale n'était pas surélevée comme l'eût été une plaque ancienne de psoriasis, mais était plutôt déprimée; enfin parce que les squames étaient feuilletées, lamelleuses, plus larges, plus minces, blanches mais moins nacrées, moins fines, moins serrées et moins accumulées les unes sur les autres que dans le psoriasis. Malheureusement, je n'ai pas d'autre renseignement, le malade devant revenir et n'ayant pas reparu.

La *nature* de cette affection présente encore bien des obscurités.

Les nécropsies sont très rares. Celles qui ont été faites n'ont pas donné de résultats capables d'élucider la question. Lagrange (*Thèse de Paris, 1874*) a bien étudié une observation de sclérodémie avec arthropathies et atrophies osseuses, dans laquelle l'examen des centres nerveux

(moelle, grand sympathique) a démontré l'absence de lésions nerveuses centrales; il combat donc l'opinion du trouble nerveux central primitif, admet les troubles trophiques périphériques secondaires à une inflammation chronique de la peau et de l'hypoderme, cette lésion étant peut-être d'origine nerveuse, mais par lésion nerveuse périphérique. Il fait donc des réserves sur la dénomination de *trophonévrose cutanée disséminée* donnée par Hallopeau et sur celle de troubles trophiques de la périphérie du corps, multiples et disséminés, proposée par Liouville : ce sont là des hypothèses possibles, probables, mais non démontrées.

Le *pronostic* de la sclérodermie en plaques est favorable, puisque, au bout d'un temps plus ou moins long, la *guérison a toujours été obtenue* (1).

Pour notre malade, qui, habitant Genève où l'affection n'avait pas été diagnostiquée, avait pris le parti de venir chercher conseil à Paris, le *traitement* institué fut le suivant :

Douches froides	2 par jour.
Sirop d'iodure de fer	3 cuillerées.
Teinture de noix vomique	15 gouttes.
Courants continus (10 éléments)	appliqués toute la nuit.

(1) *The induration in this disease after some time disappears*, Tilbury Fox, *loc. cit.*

CHANGRE DE L'AMYGDALE AYANT SIMULÉ UN ÉPITHÉLIOMA
CHEZ UNE FEMME DE 64 ANS,

par le Dr P. MERKLEN, interne (médaille d'or) des hôpitaux.

En raison même de son siège et de sa rareté, le chancre de l'amygdale présente des difficultés de diagnostic dont l'observation suivante est un nouvel exemple : l'âge de la malade, l'absence de toute étiologie avouée ou appréciable, enfin la nature des accidents n'ont permis qu'un diagnostic en quelque sorte rétrospectif et rendent compte des incertitudes consignées dans cette courte, mais curieuse histoire clinique.

L... journalière, âgée de 64 ans, entre le 14 juin 1881 à la Pitié, service de M. le professeur Peter. Elle entre à l'hôpital, dit-elle, pour une gêne croissante de la déglutition qu'elle attribue à une tumeur qui s'est développée depuis deux mois dans la région parotidienne. Nous constatons en effet en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, du côté gauche, une tuméfaction considérable, dure, lobulée, indolore, commençant au niveau du lobule de l'oreille pour dépasser inférieurement l'angle de la mâchoire. L'examen de la gorge permet de voir une ulcération profonde, anfractueuse, à fond bourbillonneux occupant l'amygdale gauche et paraissant l'avoir détruite complètement. Les tissus voisins, notamment la muqueuse des piliers, sont tuméfiés et donnent au doigt la sensation d'une dureté ligneuse. Cette exploration ne détermine qu'une douleur modérée. La malade n'accuse du reste de douleurs qu'au moment de la déglutition, mais ces douleurs sont de nature à la mettre dans l'impossibilité d'avaler les aliments solides.

Antécédents absolument négatifs. La malade est mariée et a eu neuf enfants ; elle n'a jamais eu aucun accident qui puisse faire songer à une syphilis antérieure. L'inspection générale du corps permet de constater quelques papules cuivrées, siégeant à la paume des mains et sur l'abdomen, mais si rares et si discrètes que jusqu'à nouvel ordre, nous pensons ne pas devoir en tenir compte. La santé générale n'a subi aucune altération ; les accidents pharyngés auraient débuté à la suite d'une perte sanguine (?).

L'idée première venant à l'esprit, en présence de lésions de ce genre développées chez une femme âgée, était celle d'un épithélioma de l'amygdale ;

cependant l'indolence relative et les caractères objectifs de l'ulcération amygdalienne étaient bien en faveur d'une affection syphilitique, d'un accident tertiaire, hypothèse en désaccord, il est vrai, avec cette adénopathie parotidienne et sous-maxillaire qui dominaient en quelque sorte la scène morbide. En l'absence de M. le professeur Peter, nous fîmes part de nos incertitudes à M. le professeur Verneuil qui, après examen de la malade, conclut qu'il s'agissait probablement d'un épithélioma de l'amygdale, ainsi que semblaient l'indiquer l'âge et l'adénopathie, mais épithélioma évoluant sur un terrain syphilitique, d'où l'indolence de l'ulcération, affection mixte, hybride que les résultats du traitement ioduré permettraient de caractériser définitivement.

La malade fut donc mise au traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour ; un gargarisme au chlorate de potasse fut le seul topique employé. Dès les premiers jours, une amélioration se produisit et le 28 juin, c'est-à-dire quatorze jours après le début du traitement, nous notions ce qui suit :

La malade accuse une amélioration notable. Absence complète de dysphagie, état général très satisfaisant. L'examen de la gorge permet de constater que l'ulcération anfractueuse qui occupait l'amygdale gauche a complètement disparu, mais la tuméfaction diffuse des régions avoisinantes a augmenté. Cette tuméfaction existe plus marquée au niveau du pilier postérieur ; sur le bord libre de ce pilier, on voit plusieurs granulations blanchâtres de la grosseur d'un grain de mil qui paraissent être des glandes légèrement saillantes ; au toucher, toutes ces parties sont dures, granuleuses, comme verruqueuses. L'adénopathie de la région parotidienne a notablement diminué de volume ; on sent nettement la forme des ganglions qui primitivement étaient confondus en une même masse. Enfin l'éruption papuleuse discrète de la paume des mains et de l'abdomen a beaucoup pâli, mais d'autres papules, toujours très disséminées, se sont produites sur les membres inférieurs.

L'iodure de potassium est donné à la dose de 4 grammes.

Le 11 juillet, l'amélioration est encore plus marquée ; l'amygdale ne présente plus aucune altération. Une très légère tuméfaction persiste sur le pilier postérieur gauche, mais les granulations précédemment signalées ont complètement disparu. L'adénopathie parotidienne et sous-maxillaire est à peine marquée. L'éruption papuleuse s'est affaïssée et est remplacée par des macules pigmentées. La malade, se trouvant guérie, réclame son exeat.

Elle revient à la consultation le 23 juillet pour nous faire constater sa guérison complète ; il reste il est vrai, une certaine induration scléreuse de la muqueuse pharyngienne au niveau des anciennes lésions, mais la guérison n'en peut pas moins être considérée comme définitive.

Le cas ne manquait pas de nous embarrasser au point de vue de son interprétation précise et nous pensions le publier sous toutes réserves comme exemple rare de syphilide tertiaire avec adénopathie, quand la malade vint se représenter à la consultation du 16 septembre avec un accident nouveau qui nous fit admettre comme vraie une hypothèse qu'au début nous avions écartée comme improbable. Nous transcrivons nos notes :

La malade se présente à la consultation pour se plaindre d'un léger mal de gorge. L'inspection ne révèle du reste que la tuméfaction légère, dure et rosée de la muqueuse pharyngienne telle qu'elle existait au moment de la sortie de la malade. Mais nous constatons au niveau de la commissure

labiale gauche une ulcération superficielle et irrégulière se continuant quelque peu à la face interne de la joue, de coloration carminée, sans bords. La malade nous dit que cette ulcération date de 6 semaines et qu'elle n'a jamais disparu depuis ce temps. Il s'agit incontestablement d'une plaque muqueuse. Du reste, l'éruption papuleuse a disparu; il existe dans la région cervicale un chapelet ganglionnaire assez développé; pas de tuméfaction des ganglions épitrochléens. La santé générale est excellente.

Il n'y a donc plus de doute possible. Il s'agissait d'un chancre de l'amygdale; les caractères et la marche de l'ulcération et de l'adénopathie, l'apparition d'une éruption papuleuse discrète et d'une plaque muqueuse aux lèvres sont autant d'éléments concordants qui permettent de porter un diagnostic précis et définitif.

On comprend aisément, étant donnée la structure lymphoïde de l'amygdale, que le chancre développé à son niveau puisse déterminer une ulcération plus ou moins profonde, d'aspect variable, n'ayant d'autre caractère spécial que l'induration des tissus environnants; Diday (1) a signalé à côté de la forme vulgaire du chancre amygdalien, les formes phagédéniques caractérisées par des ulcères pultacés, diphtéroïdes, profonds avec douleurs vives et quelquefois mouvement fébrile. Chez notre malade, le chancre appartenait à ce dernier type, bien qu'il n'y ait pas eu de fièvre, du moins à notre connaissance. Si le diagnostic a été hésitant si longtemps, cela tient surtout à l'âge de cette femme, âge des épithéliomas, et à l'absence de toute étiologie.

La remarquable *bénignité des accidents secondaires* est un autre fait intéressant de cette observation. Cette atténuation est d'autant plus extraordinaire qu'il s'agissait de *chancre extra-génital et de syphilis contractée à un âge avancé*, deux conditions qui, on le sait, prédisposent aux syphilides malignes. Nous avons vu la malade cinq mois après le début des accidents; bien que, suivant la remarque faite par M. Quinquaud (2) dans son intéressant travail sur la syphilis des vieillards, « la syphilis acquise après 60 ans soit un drame à actes successifs plus lents dans leur évolution que ceux qui appartiennent à une syphilis contractée dans les années antérieures », nous pensons que le temps écoulé depuis l'apparition du chancre est assez long pour permettre d'affirmer que nous avons affaire à une syphilis bénigne, du moins quant aux manifestations secondaires. C'est là un fait exceptionnel. « Il nous semble, dit encore M. Quinquaud, que Sigmund a beaucoup trop atténué l'intensité des syphilides dans l'âge avancé; les faits d'éruptions syphilitiques bénignes sont réels, mais plus rares que les syphilides sérieuses. »

(1) Diday. Études sur le chancre de l'amygdale (comptes rendus de la Soc. de méd. de Lyon, 1861-1862).

(2) Quinquaud. Syphilis des vieillards. *Annales de dermatologie*, n° 2 et 3, 1881.

Plus loin cependant, faisant allusion, il est vrai, à une forme seulement de ces syphilides, le même auteur fait remarquer que « la roséole, quand elle survient à 55 ans, est parfois très atténuée, tantôt généralisée, tantôt cantonnée dans un plus ou moins grand nombre de points ». La roséole papuleuse observée chez notre malade, présentait en effet ces caractères de localisation et de faible développement. Cette roséole et une unique plaque muqueuse de la commissure labiale constituent les seules manifestations jusqu'à présent parues chez cette femme de 64 ans, atteinte d'un chancre de l'amygdale et qui n'a pris d'autre médicament que l'iode de potassium à la dose de 2 et de 4 grammes. Reste la menace des accidents cérébraux toujours à craindre chez les malades qui contractent la syphilis à un âge avancé; la bénignité des accidents secondaires ne prouve rien à ce point de vue et n'atténue par la gravité du pronostic.

REVUE GÉNÉRALE.

DE LA FILAIRE DU SANG ET DE SES RAPPORTS AVEC L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES ET QUELQUES AUTRES MALADIES DES PAYS CHAUDS.

REVUE GÉNÉRALE

par le Dr **H. BARTH**, interne lauréat (médaille d'or), des hôpitaux (*Suite*) (1).

II

L'embryon découvert par Wücherer dans l'urine chyleuse et trouvé plus tard par Lewis dans le sang, appartient au genre *filaire*; il est de la même famille que l'ascaride, l'oxyure, le dragonneau, la trichine et il se rapproche beaucoup de ces deux derniers. Ses dimensions sont très petites, il mesure environ 125 μ de longueur sur 7 à 8 μ de diamètre; lisse et transparent, il paraît être enveloppé d'un mince étui sans ouverture, dans lequel il s'allonge et se raccourcit librement; on ne lui distingue nettement ni orifice buccal ni tube digestif; très mobile pendant les premières heures après son extraction, il se roule et se déroule incessamment sous la lamelle du microscope et fait voler les globules sanguins en tous sens. Dans l'urine des chyluriques et dans le liquide laiteux du lympho-scrotum, on en rencontre en abondance, surtout au milieu des coagula qui en les emprisonnant font obstacle à leurs mouvements; mais dans le sang ils sont difficiles à découvrir. Pour avoir quelques chances de les rencontrer, il faut, suivant le conseil de Manson, faire à la peau une assez large piqûre, recueillir le sang par minces gouttelettes sur un certain nombre de lamelles et en examiner au moins 5 ou 6; un fort grossissement n'est pas nécessaire, tout objectif suffisant pour montrer distinctement un globule rouge permet de découvrir la filaire; celle-ci une fois reconnue pourra être étudiée à l'aide d'un objectif plus fort. La quantité de sang employée pour chaque préparation ne devra pas être trop forte, car les filaires ont une tendance à se réfugier sur les bords et, si le liquide est trop abondant, elle peuvent sortir aisément du champ de la lamelle; le mieux est donc de prendre une toute petite goutte-

(1) Voy. *Annales de dermatologie*, n° 3, 15 juillet 1881, page 546.

lette de sang et de l'écraser sous une lamelle dont l'étendue la dépasse en tous sens.

Une observation récente de Manson rend compte des difficultés éprouvées par certains observateurs à trouver les embryons de filaire dans le sang : ces parasites ne se montrent dans le torrent circulatoire que pendant la nuit, et pendant le jour ils reposent fixés dans quelque organe, peut-être dans les capillaires pulmonaires. Si on procède à leur recherche au moment du grand jour, il est impossible d'en découvrir un seul ; mais vers sept heures et demie du soir ils commencent à apparaître et vont en croissant jusqu'à minuit, heure où ils fourmillent littéralement dans le liquide sanguin ; leur nombre décroît ensuite progressivement et vers neuf ou dix heures du matin ils ont complètement disparu.

C'est sans doute en raison de ces mœurs singulières que la filaria sanguinis est la proie ordinaire du moustique (*Culex mosquito*) qui, comme on le sait, ne pique que la nuit.

La migration du parasite dans le corps de cet insecte constitue une des phases les plus intéressantes de son développement et elle nous est révélée dans tous ses détails par les travaux de Manson (1), dont M. Bourel-Roncière (2) a donné dans les *Archives de médecine navale* une analyse détaillée. C'est exclusivement chez les moustiques femelles que l'on trouve le parasite : le moustique mâle en effet ne se nourrit pas du sang de l'homme ; la conformation de son appareil buccal ne lui permet pas de piquer la peau, et il se borne probablement à absorber les sucs des plantes et des fruits. Mais la femelle est d'une voracité extrême, et lorsqu'elle n'est pas troublée dans son repas, deux minutes lui suffisent pour se gorger de sang humain. Avec les globules sanguins elle avale également la filaire ; il semble même qu'elle ait une sorte d'affinité élective pour cette dernière, car le nombre des embryons que l'on retrouve dans le corps des moustiques est proportionnellement bien supérieur à celui que renferme le sang humain. Pour démontrer ce fait et pour étudier les transformations de la filaire après son passage dans le corps du moustique, Manson s'est servi d'un moyen fort simple : il a fait coucher un Chinois atteint de filaria sanguinis dans une chambre ouverte et éclairée artificiellement. Au bout d'une demi-heure, les fenêtres ont été fermées, tous les orifices soigneusement bouchés et le lendemain, les murs étaient couverts de centaines de moustiques gorgés de sang ; plusieurs de ces insectes renfermaient un nombre considérable d'embryons de filaire (jusqu'à 120 chez un même individu). Des préparations faites à divers moments permirent de suivre les phases de la métamorphose.

Quand le moustique a achevé son repas, il est alourdi par le poids de son abdomen distendu et, incapable de voler longtemps, il se fixe à quelque objet, autant que possible près de la surface d'une eau stagnante ; il reste là immobile et plongé dans une sorte d'assoupissement. Il digère pourtant avec rapidité le sang dont il s'est rempli, rend des matières fécales jaunâtres ; pendant ce temps, les œufs contenus au nombre de 60 à 100 dans deux ovaires, arrivent à maturité. Du troisième au cinquième jour après le repas, le moustique s'abat sur l'eau et là il dépose ses œufs que l'on voit flotter à la surface sous forme d'une masse d'un brun foncé ressemblant

(1) Manson. Report on hæmatozoa. (*Shang'hai's Custom's Gazette*, VI, 1877).

(2) Bourel-Roncière. *Revue de pathologie exotique*. (*Arch. de méd. navale*, 1878.)

à un flocon de suie; l'éclosion se fait promptement et l'embryon s'échappe en forçant une sorte de couvercle placé à l'extrémité de la coque.

Pendant ce temps la filaire avalée a subi sa métamorphose qui comprend plusieurs phases, bien décrites par Cobbold (1). Immédiatement après la suée, le sang qui distend l'estomac présente encore des corpuscules à contours très nets comme s'ils avaient été extraits par une piqûre ordinaire; mais bientôt ils s'altèrent, changent de forme; leurs contours deviennent irréguliers, des cristaux d'hématine apparaissent; puis corpuscules et cristaux sont remplacés par de gros globules huileux, et la masse perd sa fluidité. En même temps, la filaire subit des modifications rapides: au moment de son introduction elle ressemblait à un petit serpent, sans structure apparente, d'une transparence parfaite et renfermé dans un étui délicat qui l'enveloppe étroitement dans toute sa longueur; suivant les mouvements d'élongation ou de retrait du microzoaire vers l'une ou l'autre extrémité de cette gaine, celle-ci en s'affaissant produit l'effet d'une mèche à fouet, que l'on voit tantôt à la tête, tantôt à la queue. Au bout de quelques heures, cette gaine s'écarte à une distance appréciable du corps de l'embryon et on aperçoit très nettement un double contour; le corps lui-même se couvre de stries transversales très délicates, mais distinctes et très rapprochées; on peut alors bien reconnaître les mouvements de la bouche. Bientôt l'étui d'enveloppe est dissous par le suc gastrique, ou bien il se fend vers le milieu; l'animal s'en débarrasse comme un serpent qui se dépouille de sa peau et reste nu sans aucune trace de prolongement caudal ou céphalique. On le voit alors s'agiter dans la préparation, les stries sont d'abord très accusées; mais bientôt elles pâlisent puis disparaissent complètement et font place à un aspect tacheté particulier. Cette première phase demande environ trente-six heures.

Pendant la seconde période, l'embryon perd peu à peu la vivacité de ses mouvements; il devient paresseux et se transforme en une sorte de chrysalide. Le corps se raccourcit, l'aspect tacheté disparaît et l'animal prend la forme d'un boudin cylindrique, d'où émerge brusquement la queue restée longue et grêle et toujours animée de mouvements de flexion et d'extension énergiques. De grandes cellules remplissent maintenant tout le corps, on voit apparaître vaguement un orifice buccal, et par une légère pression sur la lamelle, on peut faire jaillir des granulations et des corps cellulaires par un orifice placé un peu en avant de la queue. L'accroissement se fait alors rapidement surtout du côté de l'orifice buccal; la bouche très distincte possède quatre lèvres tantôt écartées, tantôt froncées comme l'orifice d'une bourse; à partir de la bouche, on suit nettement une ligne délicate qui parcourt toute la longueur du corps, jusqu'à l'orifice déjà mentionné près de la queue. La durée de cette seconde période est de 36 heures environ comme pour la première.

La troisième et dernière phase est très difficile à observer, parce que le monstique meurt presque toujours avant qu'elle soit achevée. Sur plusieurs centaines de spécimens, Manson n'a pu la saisir que quatre fois; la description qu'il en a donnée est donc forcément incomplète; il ne la publie que sous toutes réserves en faisant remarquer que ce point demande de nouvelles études. — Autant qu'il a pu s'en assurer, la filaire arrivée à ce degré de développement s'allonge avec rapidité, jusqu'à atteindre 1 millimètre de

(1) Cobbold. *Report of the proceedings of the Linnean society*, 1878.

long sur 50 μ de large. Les grandes cellules qui remplissaient l'intérieur du corps diminuent de volume et s'accumulent autour de la ligne sombre qui court de la bouche à l'extrémité caudale : c'est le tube intestinal qui se forme ; en même temps on commence à distinguer l'abouchement en forme de soupape de l'œsophage dans l'intestin ; la bouche devenue très évidente est ouverte et infundibuliforme ; la queue n'est plus qu'un simple moignon, enfin les organes sexuels commencent à apparaître (Cobbold). A ce moment la motilité du parasite se réveille et se manifeste d'abord par des oscillations indistinctes, puis par des mouvements plus vifs : l'animal sort de sa torpeur. Peu à peu, le corps s'allonge, s'amincit, toute apparence cellulaire disparaît, la transparence des tissus devient telle qu'on ne distingue plus aucun détail. On voit pourtant une sorte de canal central courant sur presque toute la longueur du corps et s'ouvrant tout auprès d'une de ses extrémités ; celle-ci est légèrement effilée et couronnée de trois ou quatre papilles.

Est-ce l'appareil perforant dont l'animal va se servir pour s'échapper du moustique et pénétrer dans le corps de l'homme ? On pourrait le supposer en comparant ces appendices avec ceux qu'on trouve sur d'autres entozoaires du même genre, la filaire du cheval par exemple, mais il n'est pas possible aujourd'hui de rien affirmer.

Quoi qu'il en soit, au bout de deux jours environ, la filaire arrivée à ce degré s'échappe dans l'eau où le moustique est venu mourir et y vit quelque temps indépendante. Magalhaës (1), médecin brésilien, croit l'avoir retrouvée dans le résidu de la filtration des eaux de la Carioca à Rio-de-Janeiro. Comment arrive-t-elle dans le corps de l'homme ? Il est difficile de le dire et cette phase intermédiaire est encore un peu obscure, mais deux hypothèses sont possibles : peut-être perfore-t-elle la peau, c'est la première hypothèse de Manson et il s'en servait pour expliquer la fréquence de l'éléphantiasis des jambes chez les indigènes qui marchent souvent dans l'eau ; de leur côté, les riverains de la lagune de Feiticeira au Brésil sont persuadés qu'en s'y baignant on s'expose à contracter le *craw-craw* (filariose cutanée de Silva Aranjó) mais cette croyance populaire citée par Silva Lima (2) ne s'appuie sur rien de positif.

Il est plus probable que le parasite en voie de maturation est avalé avec l'eau des boissons et qu'il se fraye une route à travers les parois du canal alimentaire jusqu'au point où il doit se fixer.

Cet habitat ultime de la filaire adulte paraît être, comme nous l'avons dit, le système lymphatique ; c'est en effet dans les lymphatiques qu'elle a été rencontrée par Bancroft, par Silva Aranjó, par dos Santos, enfin par Manson. On ne sait pas encore si elle occupe exclusivement l'intérieur du calibre des vaisseaux blancs, ou si elle se creuse un kyste au voisinage ; on ne tardera pas à être fixé sur ce point dès qu'il aura été possible de pratiquer quelques nécropsies avec le soin nécessaire.

Si le siège précis de la filaire adulte est encore douteux, ses caractères anatomiques sont dès à présent bien connus, grâce aux travaux de

(1) Magalhaës. Découverte de filaires embryonnaires dans l'eau potable de la Carioca. (*O progresso medica*, déc. 1877.)

(2) Silva Lima. Nouvelle phase de la question de la nature parasitaire de la chylurie. (*Gazeta medica da Bahia*, nov. 1877.)

Lewis (1) et aux descriptions données par le professeur Cobbold (2) des spécimens qui lui avaient été envoyés par Bancroft. En dépit de quelques divergences, les descriptions de ces deux observateurs se ressemblent suffisamment pour ne laisser aucun doute ; la femelle, qui seule a été bien étudiée, est de couleur blanche ; sa forme est arrondie ; sa cuticule est lisse et ne présente d'autre striation transversale que celle produite par la contraction des faisceaux musculaires sous-jacents. Sa longueur est de 8 à 10 centimètres, son diamètre de 0^{mm},3 au maximum. La tête légèrement arrondie, supportée par un cou très grêle, mesure en travers 50 μ environ. La bouche est plate, sans division labiale appréciable, le diamètre de l'orifice buccal est de 8 μ ; l'œsophage long de 0^{mm},5 ne présente pas de striation musculaire apparente ; il se continue sans ligne de démarcation bien nette avec l'intestin ; ce dernier mesure en diamètre 35 à 40 μ , et il est rempli de molécules granuleuses. La largeur du cou au-dessous de l'extrémité céphalique est de 18 μ ; elle s'accroît rapidement jusqu'à 100 μ au point où l'œsophage s'unit à l'intestin et un peu plus loin l'animal atteint le diamètre de 300 μ qu'il ne dépasse guère. L'orifice anal est placé, probablement sur la ligne ventrale, à un quart de millimètre de la queue.

L'orifice vaginal situé à peu de distance de l'origine du cou, à peu près au niveau où l'intestin s'abouche avec l'œsophage, s'ouvre dans une poche vaginale de un quart de millimètre de longueur, bouchée d'embryons et séparée de l'utérus proprement dit par une coarctation ; les tubes utérins dont le diamètre est de 0^{mm},12 environ se prolongent en replis sinueux jusqu'à un millimètre de l'extrémité caudale. Ils sont remplis d'œufs dont le contenu présente déjà des mouvements très apparents, d'autant plus vifs que le développement est plus avancé ; ces œufs suivant Lewis ne possèdent point de coque proprement dite ; ils sont seulement enveloppés d'une pellicule délicate et souple ; aussi la forme des œufs dépend-elle en grande partie des pressions auxquelles ils sont soumis. Leur diamètre varie de 12 à 35 μ ; ils ne peuvent donc, avant d'être éclos, traverser les capillaires sanguins. Le mode d'éclosion est assez obscur ; d'après Lewis l'embryon en se développant conserverait son enveloppe qui se moule sur lui, et dans laquelle il peut se rouler et se dérouler librement ; en effet les embryons complètement développés offrent tous un double contour, l'enveloppe extérieure laissant des espaces clairs aux deux extrémités, comme si elle constituait une gaine non adhérente. La longueur de l'embryon déroulé atteint 200 μ environ, sur 8 μ de diamètre ; sa forme est celle d'un petit serpent et il est susceptible de s'allonger et de se rétrécir ; ni Cobbold, ni Lewis n'ont pu y distinguer aucune trace de canal intestinal distinct. On y voit seulement une ligne centrale de condensation de la substance granuleuse. Ces embryons, sortis du corps de l'animal adulte, se rendent sans doute par les voies lymphatiques dans le sang où ils circulent librement comme nous l'avons vu plus haut.

Ainsi se trouve complété le cycle génésique de ce singulier parasite ; si bien des détails nous manquent encore, nous en savons assez pour nous faire une idée nette de ses phases principales et pour être frappé des analogies qu'il présente avec d'autres entozoaires de l'homme et des animaux. — Il nous

(1) Lewis. Mature form of the filaria sanguinis hominis. (*The Lancet*, 29 septembre 1877.)

(2) Cobbold. On filaria Bancrofti. (*The Lancet*, 6 octobre 1877.)

reste à étudier la question beaucoup moins avancée de ses relations pathologiques.

III

Quand Wücherer, pour la première fois, découvrit dans l'urine chylense les embryons de la filaire, il parut attacher peu d'importance à cette découverte ; du moins il n'appela pas l'attention sur les hypothèses qu'elle pouvait suggérer, et se garda d'indiquer par quel mécanisme devait s'exercer l'influence du parasite.

Peu après, Salisbury, trouvant à son tour l'embryon dans l'urine des chyluriques, crut pouvoir édifier une théorie : il supposa que le nouveau parasite, dénommé par lui *trichina cystica*, habitait dans l'intérieur de la cavité vésicale, et qu'il agissait directement sur les parois de ce réservoir en irritant la muqueuse, peut-être en perforant les radicules lymphatiques, d'où l'hémato-chylurie. Cette hypothèse impliquait l'idée que des lavages pratiqués dans la vessie pouvaient combattre le mal. Elle fut bientôt abandonnée.

Lewis (1) le premier, après sa découverte de la filaire embryonnaire dans le sang, envisagea dans toute son étendue le rôle pathologique de ce parasite et s'efforça de déterminer son mode d'action. Dès l'année 1874, dans un travail succinct, mais très solide, il cherche à établir : 1° que la chylurie et l'éléphantiasis sont associés à la présence d'un hématozoaire microscopique ; en effet sur plus de trente individus chez lesquels il avait découvert la filaria, à peine s'en trouvait-il un seul qui ne fût atteint ou d'éléphantiasis, ou de chylurie ou de quelque affection du même genre ; — 2° que ces affections sont le résultat d'une gêne mécanique apportée au cours des fluides nutritifs dans les capillaires sanguins et lymphatiques. — Pour démontrer cette proposition, il s'appuie sur ce qui se passe chez les animaux, chez le chien en particulier, qui souffre sous les tropiques d'une foule de désordres occasionnés par des filaires (*filaria immitis*, et *filaria sanguinolenta*) très voisines de celle de l'homme. Il conclut par analogie que les troubles circulatoires déterminés par la filaire se produisent par les procédés suivants : tantôt des tumeurs formées par des vers adultes enkystés se développeraient le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et gêneraient le cours des liquides dans ces vaisseaux ; ou bien les filaires en voie d'accroissement perforeraient les tissus en déterminant des lésions plus ou moins permanentes ; tantôt les embryons pourraient former des embolies dans les capillaires et en déterminer la rupture.

Ces idées ont été reprises l'année suivante par Manson (2), qui les a faites siennes par le nombre et la force des arguments qu'il a apportés en leur faveur. Sa théorie est celle-ci : l'éléphantiasis simple ou naévoïde et la chylurie sont des affections de même ordre ; l'une et l'autre sont déterminées par des stases lymphatiques plus ou moins complètes, plus ou moins prolongées ; — ces obstructions lymphatiques sont produites mécaniquement par la présence de la filaire adulte dans les troncs lymphatiques au voisinage des ganglions, et par l'inflammation qu'elle détermine.

(1) Lewis. On the pathological significance of nematodes hæmatozoa. (*Ann. Rep. of the sanitary commission for the gov. of India*, 1874.)

(2) P. Manson. Observations on lymph-scrotum and allied diseases. (*Shanghai's custom's gazette et Med. Times and Gaz.*, nov. 1875.)

Presque en même temps Bancroft, encore plus hardi dans ses conclusions, a fourni une statistique dans laquelle il énumère plus de trente maladies pouvant être produites par la filaire. — Sans aller aussi loin, Fayer, Cobbold, ont admis presque sans restriction la théorie de Lewis et de Manson, et en effet, la découverte faite simultanément par plusieurs observateurs, de la filaire adulte dans le système lymphatique, semble leur donner raison.

Le type des affections déterminées par le parasite de Lewis est manifestement l'éléphantiasis naévoïde du scrotum ou lympho-scrotum (lymph-scrotum). Cette affection, assez mal connue jusqu'à ces derniers temps, a été signalée, pour la première fois, suivant Manson, par Ardaseer Jamsetjee en 1848. Il s'agissait d'un marchand parsi, âgé de 50 ans, qui souffrait depuis plus de dix-sept ans d'une tuméfaction du scrotum : la peau des bourses était devenue rude et dure, et sur la partie antérieure et supérieure on distinguait une foule de petites vésicules, qui laissaient écouler une quantité parfois très considérable d'un fluide blanc laiteux, coagulable.

Wongfun en 1860 signalait deux cas analogues.

Vandyke Carter, en 1862, publiait un travail important dans lequel plusieurs cas de cette affection singulière étaient décrits avec détail, et ses relations avec l'éléphantiasis ordinaire sérieusement discutées. L'un de ces cas montre la coïncidence de la chylurie avec l'état variqueux des lymphatiques du scrotum : un individu atteint depuis quatre mois d'une tuméfaction des bourses, présentait par cette surface un écoulement laiteux intermittent, atteignant parfois une livre par jour ; cet écoulement se faisait par la rupture de nombreux petits tubercules disséminés sur la peau ; quand il venait à cesser, ou seulement à diminuer, les urines devenaient chyleuses et coagulables. En même temps que le gonflement du scrotum, il existait chez ce malade une tuméfaction considérable des ganglions inguinaux, et cette tuméfaction semblait augmenter régulièrement deux ou trois heures après un repas copieux ; elle diminuait au contraire quand l'écoulement chyleux apparaissait dans les urines.

Fayer en 1866 (*Clinical surgery in India*), a décrit un cas de ce genre qu'il a eu l'occasion d'opérer, et lui a donné le nom d'éléphantiasis naévoïde : après ablation, la tumeur se réduisit beaucoup jusqu'à perdre l'apparence érectile qu'elle avait auparavant. L'examen anatomique montra qu'on avait affaire à une forme modifiée de l'éléphantiasis : le tissu sous-épidermique dilaté formait un lacs de cellules et de sinus communicants, dans lesquels une sonde cannelée pénétrait en tous sens. La structure microscopique était la même que dans l'éléphantiasis ordinaire.

Manson, à son tour, a fait connaître plusieurs cas qui lui sont personnels, d'où ressort évidemment que le lympho-scrotum avec lymphorrhagie cutanée est le résultat d'un œdème lymphatique. Tout concourt à le prouver, l'apparence extérieure des parties, qui montre l'existence d'une énorme dilatation des vaisseaux blancs et de leurs radicules, la nature de l'écoulement formé par une véritable lymphé plus ou moins chargée de globules blancs et de graisse ; enfin la sensation variqueuse toute spéciale que donnent à la palpation les ganglions inguinaux tuméfiés.

Que cette stase lymphatique soit due à la présence de la filaria sanguinis, il est impossible d'en douter : dans tous les cas où on l'a recherché on a trouvé le parasite embryonnaire dans le liquide, soit limpide, soit chyleux, exsudé par les varices lymphatiques ; de plus, l'individu adulte a été trouvé dans les tissus malades, par Lewis d'abord, par Silva Arango, par Felicio

dos Santos, enfin par Manson lui-même. Dans un cas que nous avons rapporté plus haut, ce dernier auteur a même pu prédire à l'avance le point exact où devait se trouver le parasite, et l'opération lui a donné raison. L'origine parasitaire du lympho-serotum peut donc être considérée comme absolument démontrée.

Ces conclusions peuvent-elles s'étendre à l'éléphantiasis vrai? Manson n'hésite pas à l'admettre, et les arguments qu'il cite à l'appui de sa thèse, sans être absolument probants, n'en ont pas moins une grande valeur. D'après lui, l'éléphantiasis des Arabes et le lympho-serotum ne sont pas seulement des affections analogues, mais une seule et même maladie; en effet, l'un et l'autre sont constitués par une altération primitive des lymphatiques; ils atteignent les mêmes parties; ils sont tous deux accompagnés d'inflammation avec accès fébriles intermittents; leur distribution géographique est la même, ou du moins le lympho-serotum n'a été rencontré que dans des pays où l'éléphantiasis est endémique; enfin on les voit parfois se réunir ou se succéder chez le même malade.

Dans un cas cité en 1855 par Allan Webb (*Indian Annals of medical science*), le malade était depuis quatre ans atteint de tuméfaction du scrotum avec accès fébriles, et après chaque attaque de fièvre, les parties malades se couvraient de petites vésicules qui, en se rompant, laissaient transsuder en abondance un liquide blanchâtre. Dix mois avant le début de l'observation, l'écoulement avait cessé de se produire, et depuis cette époque, la tumeur scrotale avait doublé de volume.

Dès 1781, James Hendy signalait l'énorme dilatation des lymphatiques dans une jambe atteinte d'éléphantiasis.

Sir James Paget (*Lectures on surgical Pathology*), s'exprime ainsi: l'éléphantiasis peut coexister avec un état d'obstruction et de dilatation des lymphatiques situés dans le tissu conjonctif des parties atteintes; dans quelques-uns de ces cas, les vaisseaux lymphatiques dilatés contiennent une quantité considérable de fluide laiteux.

L'observation citée plus haut de Silva Arango montre un cas où l'éléphantiasis scrotal était manifestement accompagné de dilatation naévoïde des lymphatiques, et chez ce malade encore le liquide exsudé était riche en embryons de filaire.

Enfin Siegfried (1) a rapporté un cas d'éléphantiasis du scrotum de forme ordinaire, accompagné d'accès fébriles avec tuméfaction, rougeur et douleur, se répétant sept ou huit fois par an. Les ganglions inguinaux et fémoraux étaient fortement augmentés de volume, les uns indurés, les autres variqueux. Dans la lymphe extraite de ces derniers on trouva plusieurs embryons de filaire.

Ces preuves paraissent suffisantes pour établir l'étroite parenté du scrotum lymphatique (lymph-serotum) avec l'éléphantiasis; ces deux affections se produisent par le même mécanisme, seulement dans la première l'oblitération des lymphatiques est incomplète, et la circulation de la lymphe, quoique très entravée, est néanmoins possible; au contraire dans l'éléphantiasis vrai l'oblitération est complète, et permet la stagnation de la lymphe et son organisation en tissu conjonctif imparfait: d'où l'épaississement lardacé des téguments (Manson).

(1) Siegfried. Elephantiasis, leprosy and tinea imbricata. (*Philadelphia medical Times*, 1^{er} mars 1879.)

Il est plus difficile de démontrer l'identité de l'éléphantiasis avec la chylurie tropicale; cependant certains faits tendent à prouver tout au moins l'étroite connexion de ces deux affections. Il est généralement admis aujourd'hui que l'aspect particulier de l'urine chyleuse est dû au mélange d'une certaine quantité de chyle ou de lymphé; or on voit quelquefois cette altération succéder à l'arrêt brusque d'une lymphorrhagie cutanée, et même alterner régulièrement avec celle-ci. Un cas cité par Roberts est, à ce point de vue, absolument démonstratif: un homme présentait sur la surface de la région hypogastrique une foule de petites vésicules remplies d'un fluide laiteux, et par cette surface se faisait presque continuellement un écoulement très abondant d'apparence chyleuse; de temps en temps survenait une attaque de chylurie, pendant laquelle la peau malade tarissait et se séchait.

Deux cas de Manson méritent d'être rapprochés du précédent: un individu qui avait eu pendant plusieurs semaines de la chylurie vit ses urines redevenir naturelles quand de petites vésicules, développées sur le scrotum, commencèrent à donner un liquide laiteux. Un autre individu avait souffert de lympho-scrotum pendant trois ans, et à son admission à l'hôpital il fournissait une quantité considérable de liquide laiteux par la surface des bourses; quelque temps après, il se plaignit de douleurs dans les voies urinaires, et rendit une grande quantité d'urine d'un blanc rougeâtre, se coagulant rapidement. Peu de jours après, les urines redevinrent naturelles. Les parties malades du scrotum furent enlevées avec le bistouri et la guérison fut rapide, mais dès le lendemain de l'opération l'urine redevenait chyleuse. Deux mois plus tard, le malade revint à l'hôpital; il rendait encore et presque quotidiennement de l'urine chyleuse. Une petite plaque de la peau du scrotum portait encore des vésicules; elle fut excitée, et depuis ce moment le malade continua à rendre de grandes quantités d'urines chyliformes; environ 2,000 à 2,400 grammes par jour.

De tels faits, qu'il serait facile de multiplier, prouvent les liens étroits de la chylurie tropicale avec l'éléphantiasis des Arabes et le lympho-scrotum. Ces affections, si disparates au premier abord, forment une sorte de famille naturelle, à laquelle il convient probablement de rattacher plusieurs autres maladies également endémiques dans les pays chauds. Signalons avec Bancroft certains abcès lymphatiques spontanés, des varices molles et des dilatations des ganglions de l'aîne, certaines formes d'hydrocèle à contenu tantôt fibreux tantôt chyliforme. A en croire Winckell (1), il faudrait encore faire rentrer dans le même groupe une variété particulière d'ascite à épanchement laiteux, observée chez une femme qui avait vécu longtemps à Surinam et dans laquelle on trouva des filaires embryonnaires en abondance.

Pour Manson et les observateurs brésiliens, l'origine parasitaire de ces affections ne fait aucun doute, et il y a lieu de réunir sous le nom de *filariöse (filarios disease)* toute une série de maladies des pays chauds, qui présentent comme terme commun un trouble de la circulation lymphatique dû à la présence de la filaire de Lewis. Si on est d'accord sur la notion pathogénique, quelques divergences se montrent dans la manière de comprendre le mécanisme des lésions. Nous avons vu que Lewis admettait plusieurs modes d'action du parasite: tantôt l'oblitération des vaisseaux lymphatiques par des tumeurs vermineuses formées dans leurs parois; tantôt la perforation directe

(1) Winckell. Chylöser Ascites bewirkt durch Parasiten (*Archiv für klin. med.*, t. XVII, p. 203, 1876).

des tissus par la filaire en voie d'accroissement ; tantôt la formation d'embolies dues à l'entassement des embryons dans les capillaires sanguins.

Victorino Pereira (1) semble se ranger à cette dernière théorie lorsqu'il avance que la chylurie est produite par les embryons circulant dans le sang et agissant à la façon d'embolus : « Les entozoaires doivent entrer comme facteur obligé dans les hémorragies de la chylurie ; circulant en grand nombre, ils s'amoncellent accidentellement dans les capillaires avec les globules, les obstruent et en déterminent la rupture. »

Manson (2) au contraire attribue tous les désordres à l'oblitération des lymphatiques, et il résume toute la pathogénie des affections filariennes dans les propositions suivantes :

1° La filaire mère vit dans les lymphatiques, ce qui est prouvé par la présence des embryons et des œufs dans ce système, lors même qu'on n'en trouve pas dans le sang. Elle ne vit pas dans les ganglions, mais dans les troncs en amont de ceux-ci. Lewis et Bancroft l'ont trouvée dans les tissus à une notable distance des ganglions.

2° Elle est ovipare. Les œufs sont portés avec la lymphe dans les ganglions, et leur dimension étant trop forte pour leur permettre de les traverser, ils y sont arrêtés jusqu'à leur éclosion. Une fois éclos, l'embryon libre suit les voies lymphatiques et pénètre dans le torrent sanguin. Au repos dans certains organes durant le jour, il entre en migration avec le sang pendant la nuit. Les moustiques le puisent dans le liquide sanguin et lui fournissent un asile temporaire.

3° Dans certains cas, les œufs ou les embryons déterminent l'obstruction de la circulation lymphatique dans les ganglions, soit directement par leur dimension, soit indirectement en produisant de l'inflammation.

4° Si l'obstruction est partielle, il en résulte des varicosités des glandes et des lymphatiques afférents, mais par voie anastomotique la circulation de la lymphe continue et les embryons sont charriés dans le sang. Le scrotum lymphatique (lymph-scrotum), la chylurie, les varicosités des ganglions inguinaux, avec filaires dans le sang, sont les symptômes de l'obstruction partielle des lymphatiques.

5° Si l'obstruction est complète, deux cas peuvent se présenter. Ou bien l'accumulation de la lymphe distend les vaisseaux jusqu'à en amener la rupture, et une lymphorragie plus ou moins permanente en est le résultat. Dans ce cas, la lymphe ne stagne pas absolument, et comme elle est capable de circuler, bien qu'en sens rétrograde, elle reste fluide. Les symptômes de cette forme d'obstruction sont la lymphorragie du scrotum et de la jambe, avec embryons de filaire dans les glandes et peut-être dans le fluide épanché, mais non dans le sang. Si au contraire les lymphatiques ne se rompent pas, il y a stase complète et accumulation excessive de la lymphe dans les vaisseaux en amont des ganglions ; l'induration et l'hypertrophie des tissus en est le résultat, d'où l'éléphantiasis. On ne trouve pas d'embryons dans le sang, car pas un d'entre eux ne peut traverser le crible ganglionnaire oblitéré, et les filaires mères meurent probablement étouffées par la lymphe stagnante et

(1) Victorino Pereira. Molestias mais frequentes nos climas intertropicaes (*Theses de Bahia*, 1876).

(2) P. Manson. Additional notes on filaria sanguinis hominis and filarioid disease (*Chinese medical Reports*, 1880).

par la masse des embryons. Par conséquent, dans l'éléphantiasis vrai, aucun embryon ne peut être trouvé, *ni dans le sang, ni dans les ganglions.*

On le voit, nous sommes ici en présence d'une théorie très fortement construite, appuyée sur des observations indiscutables, et étayée par une série de raisonnements aussi plausibles qu'ingénieux. Manson et ses partisans sont convaincus de l'existence d'une maladie parasitaire spéciale, qu'on pourrait appeler avec Bourel-Roncière, l'*helminthiase wucherienne*, et qui présenterait autant, sinon plus d'importance que la trichinose, que le ténia, que le ver de Guinée ou filaire de Médine. Un parasite avalé avec les eaux potables, ou introduit directement dans l'organisme par perforation des téguments, se fixe dans nos tissus. Enkysté sous la peau, il produirait le *craw-craw* (Silva Aranjó); fixé dans les lymphatiques, son habitat le plus ordinaire, il détermine des troubles variés de la circulation dans les vaisseaux blancs: ces désordres peuvent rester entièrement latents; ils peuvent se traduire, suivant le siège, l'abondance et le degré de développement du parasite, par de la chylurie, de l'éléphantiasis, du lympho-scrotum, des varices ganglionnaires de l'aîne, des abcès lymphatiques, peut-être une forme d'anasarque fébrile qui, suivant Manson, serait due à l'oblitération du canal thoracique, peut-être une espèce particulière de rétrécissement de l'œsophage fréquente sous les tropiques, peut-être d'autres maladies encore. Sans être à proprement parler contagieuse, la maladie est indirectement transmissible par l'intermédiaire des moustiques, et des eaux stagnantes qui leur servent de refuge habituel. Ainsi s'explique l'endémicité de l'éléphantiasis et des autres affections filariennes dans les localités marécageuses, près des plages basses: d'après Königer (1), l'éléphantiasis est si commun aux îles Samoa que 50 0/0 de la population masculine en sont atteints, et il est de notoriété parmi les indigènes que le mal se développe surtout dans les campements voisins des étangs; *cependant la malaria est inconnue dans le pays!* On peut s'expliquer de la même manière le développement de l'éléphantiasis à la Barbade, où il était inconnu il y a 30 ans, et où on l'a vu se multiplier rapidement après l'immigration d'un seul individu malade. Enfin on comprend sans peine les cas de guérison obtenus par Bentley (2) au moyen des frictions mercurielles associées à la compression, et ces résultats ouvrent un horizon nouveau à la thérapeutique d'une série d'affections restées jusqu'ici au-dessus des ressources de l'art.

La théorie de Manson, quand elle a fait son apparition, heurtait de front toutes les idées admises sur l'étiologie des maladies tropicales; aussi a-t-elle trouvé de nombreux contradicteurs. A la vérité on n'a pas cherché à nier l'existence et la reproduction de la filaire de Lewis chez l'homme, trop bien démontrée pour être mise en doute; mais plusieurs auteurs, parmi lesquels Tilbury Fox, le dermatologiste anglais bien connu, se sont élevés avec beaucoup de vivacité contre l'idée qu'un obscur parasite pouvait être la cause d'une maladie comme l'éléphantiasis, et ils ont formulé une série d'objections dont la plupart ne sont pas encore parfaitement résolues. — Sans chercher à les discuter toutes, nous nous contenterons d'examiner les principales.

1^{re} Si l'éléphantiasis et la chylurie tropicale étaient de nature identique, on les trouverait constamment associés: il n'en est rien, et la fréquence relative de ces deux maladies varie du tout au tout suivant les localités:

(1) Königer. Beobachtungen uber Elephantiasis auf Samoa (*Archiv für klinische Chirurgie*, Band XXIII, p. 413, 1879).

(2) A. Bentley. On the cure of elephantiasis arabum (*The Lancet*, 1^{er} juin 1878).

ainsi on les voit ensemble à Rio-de-Janeiro et non à Bahia ; en Australie, l'éléphantiasis est sporadique ; au Bengale, le lympho-scrutum dépasse en fréquence toutes les autres formes. Ce n'est pas tout ; il est démontré que la chylurie atteint surtout les blancs, tandis que l'éléphantiasis est surtout commun chez les indigènes. — En réponse à cette objection, on peut faire observer, avec Lewis, que les indigènes, lorsqu'ils sont atteints de chylurie, dissimulent soigneusement cette infirmité, qu'ils en nient absolument l'existence et qu'il faut, pour la découvrir chez eux, avoir recours au cathétérisme. De plus, le développement d'une lymphangite est certainement une cause adjuvante de l'obstruction des vaisseaux occupés par la filaire, et on conçoit que, dans les contrées tropicales, l'appareil urinaire soit surtout atteint chez les blancs qui font usage de boissons fortes, tandis que chez les indigènes, peu protégés contre le soleil, contre l'humidité, marchant souvent dans l'eau, les parties périphériques sont surtout exposées.

2° L'éléphantiasis peut exister sans filaires : les cas assez nombreux où on a cherché le parasite sans le trouver, et la fréquence de l'éléphantiasis sporadique dans les pays où la filaire est inconnue, en sont la preuve. — Ici il faut établir une distinction : pour les cas d'éléphantiasis des pays chauds, l'absence de filaires dans le sang ne prouve pas que le parasite soit absent, car d'une part il est difficile à découvrir, en raison de ses habitudes nocturnes, de la petitesse de l'embryon, de son extrême mobilité ; d'autre part, il peut exister dans le système lymphatique et ne pas se montrer dans le sang, et, si les observations de Manson sont exactes, c'est précisément dans les cas d'éléphantiasis vrai qu'il en est ainsi. — Quant aux éléphantiasis sporadiques des pays tempérés, on réunit sous ce nom une série d'hypertrophies cutanées qui n'ont probablement entre elles d'autres liens pathogéniques que l'existence d'une obstruction lymphatique, et il va sans dire que celle-ci peut être produite par beaucoup d'autres causes que la filaire. La théorie en discussion ne s'applique qu'à l'éléphantiasis endémique des pays chauds.

3° Si l'éléphantiasis est le résultat de la présence de la filaire, comment expliquer les accès fébriles intermittents, avec tuméfaction et rougeur des parties malades, qui sont si caractéristiques dans cette maladie ? — Il est impossible quant à présent de donner une réponse satisfaisante, et Manson lui-même se reconnaît incapable d'en indiquer une ; mais avec les théories étiologiques anciennes on n'était pas plus avancé, et il n'y aurait pas plus d'in vraisemblance à admettre des lymphangites déterminées par certaines phases de l'évolution ou de la multiplication du parasite, qu'à accepter, comme on l'a fait longtemps sans aucune preuve, l'influence de la malaria. Nous avons vu plus haut, par les observations de Königer, que l'éléphantiasis peut être endémique en des pays où la fièvre intermittente est inconnue, et la seule cause de l'association fréquente de deux maladies nous paraît être dans l'influence des marécages, source ordinaire des miasmes palustres en même temps que refuge du moustique.

4° La filaire peut exister sans éléphantiasis, sans chylurie, chez des individus parfaitement bien portants ou atteint des maladies les plus disparates ; c'est ainsi que Manson (1) sur 53 individus porteurs de filaire signale : éléphantiasis du scrotum, 3 cas ; — de la jambe, 1 cas ; — lympho-scrutum et chylurie, 2 cas ; — lympho-scrutum et éléphantiasis, 1 cas ; — lympho-scro-

(1) Manson. On chinese Haematozoa. (*Med. Times and Gaz.*, nov. 1877 et mars 1878).

tum et varices inguinales, 1 cas ; — varices lymphatiques de l'aîne, 7 cas ; — varices lymphatiques inguinales avec ulcère de la cornée, 2 cas ; — hématomèse, 1 cas ; — cataracte, 1 cas ; — ulcères de jambes, 4 cas ; — hydrocèle, 3 cas ; — hydrocèle et rhumatisme, 1 cas ; — hydrocèle et cataracte, 1 cas ; — rhumatisme, 1 cas ; — tuméfaction de la rate, 1 cas ; — anasarque fébrile, 1 cas ; — lèpre, 2 cas ; — débilité, 1 cas ; — fièvre intermittente, 2 cas ; — fièvre avec splénomégalie, 1 cas ; — fièvre avec inflammation du scrotum, 1 cas ; — hydrocèle avec fièvre, 1 cas : — eczéma chronique, 1 cas ; — hémorroïdes internes, 1 cas ; — rétrécissement de l'œsophage, 1 cas ; — maladie du cœur, 1 cas ; — santé apparente bonne, 9 cas. — Cette diversité extrême des maladies dans lesquelles on a trouvé la filaire, suffit à prouver que celle-ci n'en est pas la cause ; son existence chez des gens tout à fait bien portants prouve qu'elle ne possède pas d'influence nuisible. — Ce raisonnement est spécieux, mais il manque de solidité ; en effet, tous ceux qui ont étudié la filaria s'accordent à présenter l'éléphantias, la chylurie et les autres affections similaires, non comme des conséquences fatales, mais comme des accidents, à la vérité fort communs, de l'helminthe en question. Quant à la variété de ces accidents (les simples coïncidences mises à part), elle s'explique d'elle-même par la variété également très grande du siège de la filaire, de son degré de développement et de la réaction qu'elle détermine.

5° Si à la vérité on a trouvé parfois la filaire adulte dans des tumeurs lymphectasiques du scrotum, jamais encore une autopsie complète n'est venue prouver la réalité des lésions anatomiques soupçonnées. — Il est vrai que les circonstances particulières où les observateurs se sont trouvés, les entraves opposées à leurs travaux par les préjugés religieux des populations, ont empêché jusqu'ici toute vérification anatomique sérieuse. Mais, à défaut des lésions produites chez l'homme par la filaria sanguinis, Lewis et Manson (1) ont pu étudier celles produites chez le chien par deux parasites très analogues, la *filaria immitis* et la *filaria sanguinolenta*. On nous permettra, avant de clore cet article, d'ajouter quelques détails sur ce sujet intéressant.

Dans les Indes, en Chine et probablement dans beaucoup d'autres pays, les chiens, indépendamment des parasites intestinaux qui leur sont propres offrent fréquemment deux espèces d'entozoaires qui habitent le système circulatoire, et qui sont remarquables par les désordres pathologiques qu'ils peuvent occasionner. — La première espèce, *filaria immitis*, se trouve à Amoy chez les deux tiers des chiens ; l'embryon mesure 0^{mm}25 sur 8 μ et par tous ses caractères se rapproche beaucoup de la filaria sanguinis de l'homme. Les vers adultes occupent ordinairement le ventricule droit, plus rarement l'oreillette ou la veine cave supérieure ; quelquefois ils jouent le rôle d'embolie dans les rameaux de l'artère pulmonaire. Leur nombre, qui habituellement ne dépasse pas trois ou quatre, est quelquefois si considérable qu'on a peine à comprendre comment la circulation ne devient pas impossible : Manson en a compté une fois 41, dont 28 femelles et 13 mâles, dans le cœur d'un même chien. La femelle mesure de 20 à 33 centimètres de long sur 0^{mm}8 de diamètre ; le mâle de 13 à 18 centimètres, sur 0^{mm}6. Tous deux sont d'un blanc laiteux, et on distingue facilement leurs organes digestifs et reproducteurs

(1) P. Manson. *Ibid.*

On ne sait comment ils pénètrent dans l'organisme. — Les chiens affectés sont souvent bien portants en apparence, mais la présence des parasites les expose à deux sortes d'accidents : des pseudo-tubercules résultant d'embolies miliaires des embryons dans les capillaires pulmonaires; des accidents produits par la gêne mécanique de la circulation cardiaque ou par l'obstruction de l'artère pulmonaire; l'animal est essoufflé, sujet aux syncopes, quelquefois il meurt subitement, ou bien succombe par asphyxie progressive, avec tous les signes de la paralysie cardiaque.

La *filaria sanguinolenta* existe chez la plupart des chiens un peu âgés; on la trouve dans de petits kystes appendus aux parois de l'aorte thoracique, de l'œsophage, plus rarement de la plèvre. La femelle adulte a de 7 à 40 centimètres de longueur sur 4^{mm}3 de diamètre; le mâle est plus petit; leur couleur est d'un rose foncé; leurs mouvements sont actifs. Contrairement à la première, cette espèce est ovipare, et l'embryon contenu dans l'œuf ne présente aucun mouvement. D'après son siège, il est probable qu'elle est avalée et qu'elle se creuse un chemin à travers les parois de l'œsophage on même de l'aorte, dans lesquelles elle s'enkyste; les parasites arrivés à l'état adulte creusent des galeries longitudinales entre les tuniques, sans doute à la recherche de l'autre sexe; la femelle fécondée se creuse une loge dans laquelle elle mûrit ses œufs; elle ouvre ensuite un petit portuis dans le canal voisin, et pond soit dans l'aorte, soit dans l'œsophage, quelquefois même dans la cavité pleurale.

Comme la *filaria immitis*, la *sanguinolenta* peut ne se traduire par aucun symptôme, mais trois états morbides graves lui sont imputables, et se voient souvent chez les chiens d'Amoy. C'est d'abord un rétrécissement plus ou moins marqué de l'œsophage, qui survient presque toujours quand il existe plusieurs grosses tumeurs groupées près de l'extrémité inférieure de ce conduit; puis la pleurésie, souvent causée par la rupture d'une tumeur vermineuse dans la plèvre; enfin la paraplégie, due à l'engorgement des capillaires de la moelle par les œufs échappés dans l'aorte. L'encéphale échappe à ces accidents d'obstruction artérielle, attendu que les tumeurs vermineuses ne sont que rarement, sinon jamais, situées sur la partie ascendante de la crosse de l'aorte.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'intérêt que présentent ces faits, en raison de leur analogie avec ce qu'on sait de la *filaria* de l'homme. Nul doute qu'il n'y ait entre ces parasites les mêmes rapports qu'entre les différentes espèces de ténia par exemple, et la connaissance des mœurs de la *filaria immitis* et de la *filaria sanguinolenta* doit donner beaucoup à réfléchir à ceux qui refusent systématiquement toute importance à la *filaria sanguinis* de l'homme.

Nous ne poursuivrons pas plus longtemps cette discussion : la théorie de Manson, bien qu'elle nous paraisse tout à fait démontrée quant au fond, laisse encore subsister beaucoup de points obscurs, et il s'en faut qu'elle nous donne la solution de tous les problèmes qu'elle soulève. Mais, dès à présent et en dépit de ses lacunes, elle a le grand mérite de substituer des notions claires aux vagues hypothèses dont on s'est contenté si longtemps, pour expliquer la pathogénie de beaucoup de maladies tropicales et de l'éléphantiasis en particulier. — D'ailleurs les choses n'en resteront pas là, l'étendue de la route parcourue depuis dix ans nous garantit la rapidité des progrès à venir, et il n'est que temps pour les médecins français d'attaquer à leur tour le filon que leurs confrères des colonies anglaises ont déjà exploité avec tant d'habileté et de succès.

II

SCROFULE ET TUBERCULOSE

Revue critique par le D^r P. MERKLEN, interne médaille d'or des hôpitaux.

(Suite) (1).

III

La longue et intéressante discussion qui s'est engagée à la Société médicale des hôpitaux sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose est aujourd'hui terminée. Il nous est donc permis de conclure et de résumer dans une dernière revue les résultats acquis.

S'il est un fait mis en évidence par la plupart des médecins qui ont pris part à cette discussion, cliniciens et histologistes, c'est bien l'impuissance de l'histologie à déterminer la nature des lésions tuberculeuses ou scrofuleuses. Les espérances qu'avait fait naître la découverte du follicule tuberculeux dans certaines scrofulides se sont évanouies en présence des recherches de contrôle qui ont prouvé sa banalité et sa non spécificité ; ce n'est plus là une caractéristique anatomo-pathologique ; ce n'est pas davantage, loin de là, un critérium.

La pathologie expérimentale, un moment laissée dans l'oubli après la belle et grande découverte de Villemin, a été au contraire remise en honneur, et l'on peut dire que la discussion dont nous cherchons à fixer les principaux traits s'est terminée par une véritable consécration de la doctrine de la virulence de la tuberculose, telle qu'elle a été établie par l'expérimentation. Ce que l'histologie, de l'aveu de tous, ne peut plus faire, la pathologie expérimentale semble devoir le réaliser ; l'inoculabilité du tubercule n'est plus contestée ; et si l'on a pu émettre quelques réserves sur certains points de détails, sur certaines interprétations, personne n'a mis en doute la valeur et l'importance de ce nouveau critérium.

La question des rapports de la scrofule et de la tuberculose est donc

(1) Voir *Annales de dermatologie*, n° 2, 1881, p. 343.

entrée dans une phase nouvelle. Le propre du tubercule inoculé étant de provoquer à bref délai une tuberculose généralisée par infection de l'économie, rien de plus légitime que de soumettre à ce contrôle nouveau le scrofule ou les produits des diverses altérations scrofuleuses. Du reste, dès l'année 1868, Villemin posait la question sur le terrain où elle est actuellement l'objet de recherches et de discussions, quand il disait : « Une des plus intéressantes questions à résoudre par l'inoculation était le problème tant controversé de l'identité ou de la non identité du tubercule et de la scrofule (1). »

La question est aujourd'hui à l'étude, et nul doute qu'elle ne reçoive prochainement une solution. En France comme en Allemagne, l'on travaille dans cette voie. Nous avons signalé déjà les premiers essais de Villemin, ceux de H. Martin et de Kiener; des recherches du même genre ont été faites par Cohnheim et Salomon, plus récemment par Max Schüller. Ce dernier expérimentateur ne s'est pas contenté d'inoculer les produits scrofuleux ou tuberculeux bruts, mais il les a soumis préalablement à la culture, suivant le méthode de Klebs; or, non seulement ces cultures lui ont donné des résultats positifs, en ce sens que les inoculations faites avec les liquides de ces cultures ont produit une infection plus intense et plus rapide que celles des produits primitifs, comme c'est la règle pour les poisons virulents, mais elles lui ont permis d'isoler et de décrire le parasite de la tuberculose, comme l'avait déjà fait Klebs. Les perfectionnements de la technique expérimentale ont leur importance; ils garantissent la rigueur scientifique des résultats annoncés et permettent d'échapper à toutes les causes d'erreur.

Dès à présent, les auteurs autorisés sont d'accord sur certains points: les adénites caséeuses de la scrofule, les fongosités articulaires, les arthrites et les ostéites caséeuses sont de nature tuberculeuse, ainsi que le prouve l'inoculation des produits de ces lésions. Acceptant l'inoculabilité comme critérium des produits tuberculeux, on doit, dit Cohnheim (2), ranger la pneumonie caséeuse, les adénopathies caséeuses de la scrofule et les arthrites fongueuses dans la tuberculose. Ces conclusions se rapprochent, on le voit, de celles de Villemin et de Kiener: elles ont été confirmées et complétées par Max Schüller dont les expériences demandent à être signalées ici, en raison de leur importance et de leur originalité.

(1) Villemin. *Études sur les tubercules*, p. 338.

(2) Cohnheim. *Die tuberculose vom Standpunkt der infections lebre*. *Facultäts Programm*, Leipsig, 1879, et *Méd. chir. Rundschau*, n 5, 1880.

Les expériences de Max Schüller (1) sont consignées dans un intéressant mémoire, auquel M. Grancher a fait allusion dans sa dernière communication à la Société médicale des hôpitaux. Dans le but de déterminer la nature et les causes des arthrites scrofuleuses et tuberculeuses, l'auteur provoquait une arthrite traumatique (par contusion directe) chez des animaux mis dans des conditions diverses : les uns étaient préalablement soumis à l'inoculation de divers produits tuberculeux ou scrofuleux, d'autres étaient simplement placés dans un milieu infecté, c'est-à-dire en contact avec des animaux notoirement tuberculeux ; enfin, comme terme de comparaison, la même arthrite traumatique était déterminée chez des animaux se trouvant dans des conditions de parfaite santé.

Les résultats obtenus par Max Schüller ont été concluants : l'arthrite traumatique, simplement inflammatoire et passagère chez les animaux mis à l'abri de tout contag, est devenue une arthrite tuberculeuse bien caractérisée chez tous les animaux infectés, soit par l'introduction directe de tubercule dans la trachée ou le tissu cellulaire sous-cutané, soit par le milieu dans lequel ils se trouvaient placés. Or, parmi les produits morbides employés pour l'infection, l'auteur signale, indépendamment des crachats et des fragments de poumon tuberculeux humain, des *fongosités articulaires*, des *morceaux de ganglion scrofuleux*. Quel qu'ait été l'agent morbide, les animaux infectés présentaient, au bout de deux à quatre semaines, une arthrite tuberculeuse et à l'autopsie une tuberculose généralisée. Variant ses expériences, Max Schüller est arrivé aux mêmes résultats, en se servant, au lieu du tubercule ou du scrofulome, du sang des animaux infectés ou du liquide des cultures obtenues comme il a été dit plus haut.

Si l'accord est généralement fait sur ce point, que les adénites, les ostéites et les arthrites caséuses de la scrofule appartiennent à la tuberculose, il n'en est pas de même du lupus dont l'histologie semblait avoir démontré la nature tuberculeuse. Ici les résultats sont contradictoires. Cohnheim (2) dit expressément, en se basant sur les expériences d'inoculation, que le lupus n'est pas du tubercule. Nous avons vu précédemment que Kiener, inoculant des fragments de lupus, n'avait obtenu qu'une lésion locale sans caractères propres. M. Vidal (3), s'élevant avec beaucoup de force contre l'assimilation que l'on a voulu établir entre le lupus

(1) Max Schüller. *Experimentelle und histologische Untersuchungen über die Entstehung und Ursachen der scrophulösen tuberculose gelenkleiden*, Stuttgart, 1880.
— *Méd. chir. Rundschau*, n° 1, 1881.

(2) Cohnheim. *Loc. cit.*

(3) Vidal. *Discussion de la Soc. méd. des hôpitaux*, p. 87, 1881.

et le tuberculome de la peau, insiste sur ce point que le lupus n'est pas transmissible : « Tout au moins, dit-il, les tentatives d'inoculation faites jusqu'à ce jour n'ont pas réussi. Les inoculations du lupus, faites par Auspitz et par Pick de Prague, soit sur les malades eux-mêmes, soit sur des individus sains, sont restées sans résultats. Pour ma part, j'ai vainement tenté l'auto-inoculation de l'infiltrat lupeux. »

A l'encontre des auteurs précédents, Max Schüller, seul jusqu'à présent, affirme l'inoculabilité du lupus et sa nature tuberculeuse. Plusieurs expériences faites avec des fragments de lupus ou du liquide de cultures obtenues avec ce tissu morbide lui ont donné des résultats positifs. Cependant la lecture attentive de ces expériences semble indiquer que l'infection tuberculeuse obtenue à l'aide du lupus est moins complète, moins intense que celle donnée par le tubercule vrai et les produits caséux de la scrofule; c'est ce que M. Grancher fait ressortir en disant que sans doute, pour le tubercule comme pour les autres maladies parasitaires, il existe des degrés divers de gravité et de spécificité. En ce qui concerne tout d'abord les animaux infectés par l'introduction de fragments de lupus dans les voies respiratoires, Max Schüller signale que l'arthrite provoquée chez eux par le traumatisme se développe plus lentement que chez les animaux infectés à l'aide d'autres produits tuberculeux, que leurs viscères ne renferment que des tubercules isolés, quelquefois peu marqués; d'autre part, l'injection sous-cutanée de tissu lupeux brut ne donne aucun résultat net, et seule l'introduction dans les voies respiratoires du liquide des cultures obtenues avec le lupus détermine une tuberculose généralisée, fait important, pour le dire en passant, puisqu'il confirme cette notion mise en évidence par Martin, que l'acuité du virus tuberculeux se développe par la culture. Enfin l'introduction directe de fragments de lupus dans une articulation ne provoque pas de lésions tuberculeuses de la synoviale aussi nettes que les inoculations d'autres tubercules.

En présence des conclusions contradictoires des auteurs sur l'inoculabilité du lupus, l'on peut se demander s'il s'agit bien là d'une lésion tuberculeuse vraie. Et cependant, quelque imparfaits que soient les résultats des expériences de Max Schüller, il reste avéré que, comme le tubercule lui-même, il est inoculable et susceptible d'infecter l'économie, quand ses propriétés virulentes sont favorisées par la culture. M. Grancher (1) attache à ce fait une certaine importance : « Il y a lieu de se demander, dit-il, si tous les états anatomiques du tubercule sont également favorables pour son inoculation, et si le développement naturel du tubercule, c'est-à-dire son état adulte ou sa culture dans des liquides appropriés, ne multiplient point ses propriétés infectieuses. » Partisan

(1) Grancher. *Discussion de la Soc. méd. des hôpitaux.*

de l'unicité de la tuberculose et de la scrofule, le même auteur espère que, grâce aux progrès de la technique de la pathologie expérimentale, grâce notamment à la méthode des cultures, on appliquera aux lésions cutanées et muqueuses de la scrofule, encore considérées comme distinctes de la tuberculose, ce qui a été fait pour le lupus, et que « les inoculations directes ou après culture de ces produits pathologiques permettront de les classer aussi à côté du lupus et des abcès froids dans le domaine de la tuberculose. »

IV

Comme l'a fort bien dit M. Cornil dans son intéressante communication, la médecine traditionnelle, fondée sur l'observation des malades, malgré toutes ses déficiences et toutes ses inconnues, est encore la meilleure base des recherches positives que poursuit notre génération. La clinique ne saurait en effet rester étrangère à la solution du problème que la pathologie expérimentale cherche à résoudre en ce moment ; et loin d'entraver le mouvement scientifique si attrayant auquel la découverte de Villemin a donné naissance, elle le dirige tout à la fois et s'enrichit de ses résultats.

C'est ainsi que la doctrine nouvelle de la tuberculose *maladie infectieuse*, doctrine engendrée par la découverte de l'inoculabilité du tubercule, a cherché dans l'observation clinique proprement dite une confirmation qui va s'accroissant tous les jours. Et cette idée, qui de prime abord semblait incompatible avec ce que nous savons de l'étiologie de la phthisie *maladie de misère*, a trouvé dans cette notion même un corollaire nécessaire. C'est ce que M. Bouchard exprime avec autant de précision que de force, quand il dit : « Il faut, pour la réalisation de la maladie, la réunion de deux facteurs : le premier, nécessaire, est le germe infectieux ; le second, non moins indispensable, est la connivence de l'organisme qui mettra à la disposition du germe l'ensemble des conditions physiques et chimiques qui constituent son milieu vivant » (1). Et ces conditions peuvent être innées, héréditaires ou au contraire acquises, résultant de la viciation de l'organisme par des fautes d'hygiène ou par certaines maladies débilitantes.

L'étiologie et la pathogénie de la tuberculose se trouvent ainsi mises d'accord avec la conception moderne de la tuberculose. Clinique et pathologie expérimentale marchent de front, la première nous faisant connaître la cause occasionnelle et déterminante, c'est-à-dire l'*aptitude morbide*,

(1) Bouchard. *Maladies infectieuses*, leçons résumées par Laudouzy ; *Revue mensuelle*, n° 1, 1881.

l'autre ayant permis de découvrir la cause prochaine et immédiate qui réside dans l'*agent infectieux*. Cette cause immédiate est une, c'est le germe tuberculeux, quelle que soit sa nature intime encore mal connue; les causes occasionnelles, au contraire, sont multiples et diverses, d'où certaines variétés de phthisie admises par les cliniciens, variétés reposant sur la notion d'étiologie et non sur des différences symptomatiques ou anatomo-pathologiques.

Parmi ces causes secondaires, occasionnelles, se trouve précisément la scrofule, « cette dystrophie par excellence, qui mène à la tuberculose si facilement et si communément qu'on a voulu faire de la scrofulose et de la tuberculose les deux termes d'une même équation pathologique! » (Bouchard.) Cette distinction entre la scrofule et la tuberculose, la première constituant en quelque sorte le terrain sur lequel évoluera le tubercule, a trouvé à la Société médicale des hôpitaux des défenseurs convaincus et autorisés. M. Rendu (1) s'est attaché à démontrer l'erreur et la confusion que l'on commet en comparant entre eux ces deux groupes pathologiques qui, au point de vue nosologique comme au point de vue clinique, ne sauraient être réunis. Quoi de comparable, en effet, entre la scrofule, diathèse proprement dite, c'est-à-dire maladie héréditaire à manifestations diverses de localisation et de gravité, sans caractéristique anatomique spéciale, mais ayant toutes ce cachet d'indolence et de torpidité qui est le propre du strumeux, et la tuberculose, maladie parasitaire et infectieuse, à caractéristique anatomique univoque, rappelant tout à fait la marche de certaines maladies virulentes, telle que la morve ou la syphilis. Et le savant clinicien conclut en disant : « Les relations de la scrofule et du tubercule ne sont autre chose que celles du germe et du terrain. La scrofule est le terrain, le tubercule le germe parasitaire, d'autant plus envahissant que le fond organique est plus stérile. »

Cette doctrine est en définitive celle de la plupart des médecins qui ont pris part à la discussion dont nous cherchons à fixer les principaux traits. Si la scrofule engendre la tuberculose, a dit M. Ferrand (2), celle-ci n'engendre pas la scrofule, et cela est vrai cliniquement aussi bien qu'expérimentalement, car les tentatives de Kiener pour provoquer chez les animaux des tuberculoses locales, autrement dit des scrofulides, par l'inoculation de tubercule ou de scrofulome, ont été stériles. M. Ferrand considère le tubercule comme un produit inflammatoire commun, qui se rencontre non seulement chez le scrofuleux, mais chez l'arthritique et dans toute cacoéchymie. Il se range à l'avis de M. Damaschino (3), qui,

(1) Rendu. *Discussion de la Soc. méd. des hôpitaux*, 24 déc. 1880.

(2) Ferrand. *Discussion de la Soc. méd. des hôpitaux*, 24 déc. 1880.

(3) Damaschino. *Discussion de la Soc. méd. des hôpitaux*, 10 déc. 1880.

rappelant cette définition si concise et si vraie de M. Peter (1) : « Le tubercule est le produit et le témoignage d'une déchéance de l'organisme, » insiste sur ce fait que la scrofule conduit surtout à la tuberculose par la débilitation, la déchéance organique, résultat d'une série de lésions strumeuses successives.

Cette conception de la scrofule engendrant la tuberculose par viciation de l'organisme trouve sa confirmation dans ce que nous savons de l'étiologie générale de la phthisie. Comme l'a rappelé avec raison M. Labbé (2), la tuberculose est bien plus souvent acquise qu'héréditaire. L'hérédité même de la tuberculose ne doit être comprise qu'en tant que transmission des parents à l'enfant d'une aptitude morbide et non d'une maladie : « L'enfant d'un diathésique quelconque ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable par le fait de sa faiblesse originelle. Eh bien, il en est de même de l'enfant d'un diathésique tuberculeux ; il vient au monde, non pas tuberculeux, mais apte à se tuberculiser, et beaucoup plus apte que tout autre. Ainsi se doit comprendre l'hérédité tuberculeuse (3). » C'est la même idée qu'exprime M. Bouchard : « Si la phthisie est héréditaire, c'est bien moins par transmission de l'agent infectieux que par transmission d'un type nutritif vicié (4). » Cette opinion est plus satisfaisante que celle de Cohnheim (5), qui considère que la tuberculose peut être héréditaire au même titre que la syphilis, résulter d'une imprégnation primitive de l'œuf ; pour cet auteur, dès la naissance, le principe infectieux existe dans le sang, donne à l'individu ce qu'on est convenu d'appeler l'habitus phthisique, et manifeste ses effets après une période latente plus ou moins prolongée.

Si la scrofule est souvent signalée comme cause occasionnelle des phthisies acquises, que de fois elle manque et que de fois la tuberculose survient à la suite d'autres maladies tuberculisantes, c'est-à-dire mettant l'organisme dans les conditions favorables à l'infection tuberculeuse ; il suffit de rappeler les tuberculoses secondaires du diabète, de l'alcoolisme, de la cachexie cancéreuse, de l'ataxie locomotrice et tant d'autres qu'il serait trop long d'énumérer ici. Ces faits suffisent pour justifier la distinction que l'on doit maintenir entre la scrofule, dystrophie d'origine diathésique, cause de viciation organique, et la tuberculose, maladie infectieuse et parasitaire pouvant se développer chez un scrofuleux épuisé comme dans toute autre dystrophie.

(1) Peter. *Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 13.

(2) Ed. Labbé. *Discussion de la Soc. méd. des hôpitaux*, 24 déc. 1860.

(3) Peter. *Loc. cit.* p. 133.

(4) Bouchard. *Loc. cit.*, p. 64.

(5) Cohnheim. *Loc. cit.*

Mais où s'arrête la scrofule et où commence la tuberculose ? C'est là le point délicat de la discussion. Il est certain que l'ancienne scrofule est dépossédée d'une grande partie de son domaine, et que les progrès de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation tendent à le rétrécir de plus en plus. C'est cette absence de frontière entre les deux états pathologiques qui est la vraie cause des divergences qui persistent entre les médecins, la plupart tenant pour la dualité, quelques-uns se déclarant partisans de l'unicité de la scrofule et de la tuberculose.

Il faut bien le reconnaître, si la question a avancé, elle est loin d'être résolue, et il est impossible, quant à présent, d'émettre une conclusion catégorique qui réponde à la fois aux données de l'anatomie pathologique, de la clinique et de la pathologie expérimentale. L'histologie nous a appris que certaines lésions dites scrofuleuses, les adénites caséuses, les ostéites et les arthrites fongueuses ont la structure intime du tubercule ; la pathologie expérimentale a démontré presque en même temps que les produits de ces lésions sont inoculables et déterminent chez les animaux ainsi infectés une tuberculose généralisée ; enfin c'est un fait depuis longtemps connu en clinique, que les sujets atteints d'adénopathies caséuses ou de tumeurs blanches peuvent mourir tuberculeux. L'accord est donc parfait pour cet ordre de lésions, et il y a lieu de les restituer à la tuberculose en les désignant sous le nom de tuberculoses locales pour exprimer leur bénignité relative et leur curabilité dans un certain nombre de cas. Qu'il y ait une certaine opposition entre ces tuberculoses locales et les tuberculoses viscérales, cela importe peu ; les uns peuvent être l'attribut du jeune âge (1) et des populations qui vivent dans les montagnes et à la campagne (2), les autres s'observer plus habituellement à l'âge adulte et dans les villes ; c'est une seule et même maladie avec des localisations et une marche variables.

Les divergences d'opinion et les difficultés d'interprétation commencent au lupus, lésion histologiquement tuberculeuse, cliniquement indécise et certainement distincte de la tuberculose cutanée vraie et de la tuberculose des muqueuses, enfin d'une inoculabilité non encore acceptée par tous.

Restent les éruptions croûteuses et impétigineuses du tégument externe, les coryzas et les conjonctivites chroniques, les amygdalites et les pharyngites persistantes et toutes les lésions superficielles qui constituent, à proprement parler, l'attribut essentiel du scrofuleux. Ici, l'histologie et l'expérimentation sont muettes ; elles n'ont pas jusqu'à présent abordé ce domaine, et seule la clinique peut revendiquer cet ordre de manifestations à l'actif de la scrofule.

(1) Du Castel. *Discussion de la Soc. méd. des hôpitaux*, 14 janvier 1881.

(2) Thaon. *Discussion de la Soc. méd. des hôpitaux*, 24 déc. 1880.

M. Grancher s'est déclaré uniciste en doctrine, persuadé qu'une enquête nouvelle histologique et expérimentale fera rentrer dans le cadre de la tuberculose « le lupus et les inflammations cutanées ou muqueuses superficielles, dernier refuge de ceux qui persistent à séparer la scrofule de la tuberculose ». Le mot scrofule ne servirait plus qu'à désigner les affections tuberculeuses les plus légères, ordinairement curables; le terme ne serait conservé que pour les besoins de la pratique médicale, qui ne permettent pas de confondre toutes les affections tuberculeuses. M. Villemin, moins exclusif, mais au fond également uniciste en doctrine, laisse à la scrofule les manifestations cutanées et muqueuses; mais « la scrofule n'existe pas en tant qu'entité morbide; il n'y a que des maladies scrofuleuses, c'est-à-dire des affections qui empruntent certains caractères d'évolution, de durée, de disposition anatomopathologique à l'état scrofuleux ou scrofulisme... *Le scrofulisme n'est que la traduction morbide du tempérament lymphatique.* » C'est à la fragilité du système lymphatico-conjointif que la jeunesse doit les manifestations plus fréquentes chez elle du scrofulisme.

M. Bouchard, acceptant les données de l'histologie, range dans la tuberculose toutes les lésions anatomiquement tuberculeuses, c'est-à-dire les adénites caséuses, les ostéites, les gommescrofuleuses, le lupus, etc., pour laisser à la scrofule « les conjonctivites tenaces et à répétition, les érosions faciles des narines, les manifestations paroxystiques vers la peau et muqueuses, les éruptions exanthématiques éphémères, tous ces mille indices par lesquels la scrofule se reconnaît si bien que nul ne s'y trompe. »

Comme nous l'avons vu, la plupart des médecins acceptent la doctrine de la dualité dans ces termes en faisant néanmoins des réserves pour le lupus dont la nature tuberculeuse n'est pas suffisamment démontrée au point de vue clinique et expérimental. Cette doctrine répond, quant à présent, à l'état de nos connaissances; elle est en harmonie avec les enseignements de la médecine traditionnelle. Elle nous apprend, en résumé, que le scrofuleux n'est pas un tuberculeux, mais qu'il est un prédisposé à la tuberculose, toujours prêt à devenir sa proie, si une hygiène attentive et bien suivie ne met son organisme en état de résister aux germes infectieux qui trouvent en lui un milieu propice.

REVUE FRANÇAISE.

DERMATOLOGIE

LE PANARIS NERVEUX, par QUINQUAUD, médecin des hôpitaux. *France médicale*, septembre 1881.

Nous reproduisons en entier, au lieu de l'analyser, le travail très remarquable de M. Quinquaud, en le recommandant particulièrement à l'attention du lecteur.

Il existe trois affections qui présentent entre elles de nombreux points de contact : ce sont la sclérodermie, l'érythromélgie, l'asphyxie symétrique des extrémités. Ajoutons que chacun de ces groupes peut présenter des variétés plus ou moins nombreuses : de là des incertitudes dans le diagnostic.

Pour arriver à les distinguer les unes des autres, nous pensons qu'il faudra des analyses minutieuses portant sur les divers cas qui s'offriront aux médecins. C'est dans ce but que nous publions l'observation clinique suivante : l'anatomie pathologique n'a pu en être faite, mais les symptômes observés, la marche de l'affection nous ont paru se rattacher nettement à une maladie nerveuse, qu'elle se nomme trophique ou autre.

En voici l'exposé :

Panaris d'origine nerveuse, s'étant répété pendant près de cinq ans avec des intervalles de repos. Applications de révulsifs. Guérison.

La nommée Marie Bl..., âgée de 45 ans, réglée à 14 ans, mariée à 29 ans, a eu six enfants dont un mort-né; quatre ont été allaités par elle, le dernier pendant deux ans. A la suite de cet allaitement prolongé, elle a éprouvé une grande fatigue, de la lassitude, une débilité générale.

Aucune affection dans son enfance; pas de manifestations tuberculeuses ou strumeuses, ni de maladies graves.

Il y a 20 ans, elle eut un rhumatisme articulaire aigu léger, occupant surtout les articulations fémoro-tibiales; les extrémités n'ont jamais été malades. D'ailleurs ce rhumatisme cessa rapidement, et, depuis cette époque, elle n'a ressenti aucune douleur de ce genre.

En 1869, elle fut prise d'une fièvre intermittente palustre qui persista quatre mois. Au moment des accès, elle avait une salivation abondante et des frissons violents. Cette intoxication fut guérie par le sulfate de quinine et le quinquina.

Ses parents ont toujours joui d'une bonne santé; toutefois un de ses frères

est atteint d'aliénation mentale. Elle-même a une intelligence médiocre. Pas de lésions cardiaques.

La maladie actuelle a débuté en 1874 à la suite d'une légère fièvre palustre de deux mois, peu intense et qui fut jugulée par les préparations de quinquina. Néanmoins, en interrogeant cette femme, elle avoue que l'année précédente elle redoutait l'eau froide; la basse température de l'hiver lui causait au doigt une sensation pénible.

L'affection a commencé par les deux mains qui étaient d'abord le siège de douleurs lancinantes, lesquelles occupaient la région antérieure de l'avant-bras droit, ou plutôt la ligne médiane du membre : cette femme indique nettement, avec le doigt, le trajet du médian. Ces sensations pénibles s'irradiaient à la partie interne du bras et aux extrémités des doigts.

Trois ou quatre mois après le début, les douleurs devinrent plus vives dans le pouce droit, qui se tuméfia, s'indura principalement à l'extrémité. Un médecin appelé à cette époque diagnostiqua un panaris; mais il n'y eut pas trace de suppuration; l'épiderme se fendilla, présenta des crevasses en un point circonscrit, puis survint une desquamation légère; c'était un *panaris sec* sans cyanose vraie.

Quinze jours après, nouvelle poussée de huit à dix jours de durée, qui se termina de la même manière.

A celle-ci en succéda une troisième, puis une quatrième. C'était un faux *panaris à répétition*.

En 1875, l'index droit fut le siège de six poussées de panaris sec avec fendillement.

« La peau, dit-elle, se taillassait au niveau de ses panaris. » Après les accès douloureux, il y eut chute de l'ongle qui repoussa un peu irrégulièrement. L'annulaire et l'auriculaire ne furent le siège que de poussées incomplètes avec anesthésie temporaire.

Du côté gauche, le gonflement douloureux était à peine marqué; néanmoins, il y eut chute rapide de l'ongle par petits fragments : c'était une sorte de desquamation unguéale.

On n'a jamais remarqué traces de suppuration, même après l'incision du derme. Le médian gauche a été douloureux par accès : l'ongle n'est pas tombé. L'annulaire s'indurait légèrement, mais faisait moins souffrir la malade; il en était de même du petit doigt. A certaines périodes, la peau était collée aux os, et semblait devenue trop courte.

Les lésions étaient plus accentuées à droite qu'à gauche; c'était également à droite que les douleurs étaient plus vives, coïncidant souvent avec des battements artériels et une turgescence veineuse. L'examen minutieux du cœur et des vaisseaux ne révélait aucune altération.

Juillet 1875. En ce moment, on constate à l'extrémité de l'indicateur droit une tuméfaction localisée, dure, sans suppuration, un peu cornée, avec crevasses superficielles et quelques points de desquamation avec plaques épidermiques rugueuses; l'ongle est à moitié détruit; le pouce est redevenu normal; les ongles exfoliés sont irréguliers dans leur développement.

Tous les doigts sont refroidis par places, un peu violacés des deux côtés, mais surtout à droite, où l'on peut constater l'existence d'une douleur linéaire sur le trajet du médian; au niveau de l'articulation huméro-cubitale, on détermine par la pression une douleur assez vive qui n'existe pas spontanément.

Fumigations des extrémités supérieures deux fois par jour. Application de quatre pointes de feu renouvelées tous les mois à la partie médiane de l'avant-bras; dans l'intervalle vésicatoire en ruban de 14 centimètres de longueur sur 04 de largeur.

Nous ne revoyons la malade qu'au mois d'août 1876. Le traitement avait été suivi régulièrement, sauf les pointes de feu qui n'avaient été appliquées que six fois à un mois d'intervalle. A cette époque, le pouce droit est un peu violacé, l'ongle se fendille; toutefois il persiste encore un certain degré de refroidissement douloureux des extrémités sous l'influence des basses températures de l'hiver; mais les poussées de pseudo-panaris ont été beaucoup atténuées; la phalange unguéale de l'indicateur droit s'est atrophiée peu à peu sans séquestre par resorption interstitielle.

Le traitement est suivi pendant l'année 1876 et les six premiers mois de 1877. Au mois d'août 1877, les accès douloureux ont cessé, il ne reste plus qu'une tendance au refroidissement qui finit seulement en 1879. En 1880, la malade est totalement guérie.

En résumé, il s'agit d'une femme de 45 ans rhumatisante qui, durant près de cinq années, a présenté des poussées symétriques du côté des extrémités supérieures, caractérisées par un léger gonflement, de la chaleur, des battements artériels, de la rougeur à peine accentuée, et surtout des accès douloureux atroces, rappelant les douleurs du panaris le plus violent avec insomnie complète. Ces accès se terminaient au bout de huit à quinze jours par la fissuration d'un point de l'extrémité du doigt, l'épiderme tombait, et parfois l'ongle entier; la peau était sclérosée, collée au périoste et à l'os qui s'atrophiait sans traces de suppuration. Comme prélude à la période douloureuse, on nota une tendance au refroidissement des doigts, cette même sensation pénible au froid continua plusieurs mois après la cessation des douleurs.

A quelle affection avons-nous affaire? S'agit-il d'une asphyxie des extrémités, de l'érythromélgie de Weir Mitchell, d'une sclérodermie ou d'une autre affection?

Dans l'asphyxie locale, on trouve des degrés, des formes cliniques qui peuvent exister isolément, ou bien se montrer d'abord, puis être suivies des autres variétés. Le degré le plus simple est constitué par ces états que l'on connaît sous le nom de *doigt mort*; sous l'influence du froid et même de la chaleur estivale, les doigts deviennent exsangues, refroidis, anesthésiés, avec ou sans réaction douloureuse lorsque la circulation se rétablit. C'est à peine une maladie.

D'autres fois le doigt mort se combine avec une sorte d'engelure chronique, les doigts sont gros et mous.

On voit encore la cyanose symétrique occuper les extrémités ou les régions exposées au froid, telles que la face; les organes deviennent froids, couleur indigo, ou pourpre foncé; mais plus d'une observation citée comme appartenant à l'asphyxie locale doit rentrer dans l'érythromélgie.

Chez certains malades, au moment des accès, les extrémités prennent une teinte violet noir en même temps qu'elles s'échauffent, tandis qu'à d'autres instants les doigts exsangues, couleur jaune-cire, sont le siège de phlyctènes purulentes avec ou sans eschare superficielle.

Voici maintenant l'asphyxie gangréneuse: au début, des douleurs parfois atroces revenant par accès avec irradiations lointaines, état violacé ou rouge, refroidissement; à la couleur bleuâtre succède la coloration noirâtre qui est

la période d'escharification totale, partielle ou en plaques, avec eschares et même purulent, chute de portions de phalanges. Dans ces derniers faits, la lésion nous semble être surtout cardio-vasculaire, dans ces cas, ce sont des artères oblitérées par thrombose ou par embolie.

Il peut bien survenir des déformations, mais elles sont secondaires à des ulcérations. Disons que la moitié des malades au moins guérissent.

Il faut ajouter que la peau n'est pas sclérosée; on ne la sent pas collée sur les os comme dans la sclérodémie où la peau et l'os forment un tout.

Or, dans l'observation que nous citons, nous voyons bien des lésions symétriques avec des apparences de doigt mort, refroidissement, accès douloureux; mais, dans notre observation, il s'est fait une atrophie. La peau est comme adhérente aux tissus sous-jacents, tissu cellulaire, périoste et os; il n'est jamais survenu de gangrène véritable. D'ailleurs, aucune altération cardio-vasculaire; la conclusion est qu'il ne peut s'agir d'une asphyxie locale.

Notre malade était-elle atteinte d'une érythromélgie, c'est-à-dire d'une paralysie vaso-motrice d'une extrémité à des degrés divers? Cet état morbide survient à la suite d'une impression prolongée du froid, de fatigues excessives, chez les sujets nerveux; elle consiste en accès douloureux occupant une seule extrémité ou bien les deux, avec douleur se calmant souvent par le décubitus horizontal ou par l'eau froide (dans l'asphyxie et dans la sclérodémie, le contraire se produit). Après un certain temps, la douleur s'accompagne de congestion, les veines deviennent turgides, les artères battent avec violence, la température s'élève de 2 à 3 degrés; la sensibilité est intacte, ou bien il existe de l'hypéresthésie, jamais d'anesthésie; l'état morbide est chronique. Un bel exemple a été communiqué à la Société médicale des hôpitaux par mon collègue, M. Straus. Le traitement consista surtout en applications d'eau froide et en faradisation.

Il est facile de voir que le cas rapporté ne rentre pas dans cette catégorie; il y a en effet des accès douloureux, des battements artériels considérables et une turgescence veineuse; les accès se produisent parfois à la suite de refroidissement, la maladie siège aux extrémités, voilà les analogies; les différences sont plus grandes encore. En effet, dans notre exemple, la maladie ne consiste pas seulement en troubles vaso-moteurs, mais en lésions trophiques: nerfs douloureux à la pression, avec lésion de la sclérodémie, desquamation locale épidermique, chute des ongles et atrophie osseuse; en définitive, il ne s'agit pas là d'un cas d'érythromélgie.

Serait-ce un exemple de sclérodémie? On a englobé sous ce nom des faits bien disparates. Contentons-nous, pour le moment, de rappeler les caractéristiques principales. Elle peut débiter par des troubles articulaires, ou bien par des douleurs sur le trajet des nerfs. Si la maladie siège aux extrémités, il y a une sensation de froid, d'onglée, avec une teinte tantôt jaunâtre, tantôt violacée; puis apparaissent des taches rouges, auxquelles font suite des taches blanchâtres avec auréole lilas; les doigts s'atrophient, et, si l'affection siège à la face, les orifices naturels se rétrécissent. La face ressemble à un masque de cire, tandis que, sur différents endroits de la peau, on voit des taches blanches ayant l'aspect de cicatrices, avec une ou deux auréoles rouges rosées ou légèrement bleuâtres. Dans la forme diffuse, la peau prend une consistance ligueuse; les articulations peuvent même s'ankyloser. Les doigts sont parfois seuls pris (sclérodactylie du professeur Ball); la peau est pâle, comme desséchée, et collée sur les os; quand on palpe les doigts, ils sont durs comme du bois; les muscles s'atrophient, les déformations des

membres tiennent d'une part à la lésion osseuse et à la rétraction du tissu sclérosé; les ulcérations sont des lésions accessoires. La gangrène n'y joue aucun rôle prédominant.

Parfois les phénomènes douloureux s'accompagnent d'ulcérations, comme chez le malade présenté par Ball à la Société de biologie, en 1871 : « Sur divers points, on rencontre les traces de diverses ulcérations qui se développent de temps en temps lorsqu'un des doigts entre dans une période de souffrance; le doigt alors rougit, se tuméfie et s'ulcère sur quelques points; à ce moment, on croit avoir affaire à un *panaris*; puis, au bout de quelques jours, les phénomènes aigus se calment, et la maladie reprend sa marche chronique. Ankylose des quatre doigts des deux mains..... les extrémités des deux mains sont très froides..., il y a sept ans que des ulcérations se sont montrées au pied gauche. »

D'autres fois, il se produit des bulles pemphigoides (Dufour) avec ulcération, des atrophies osseuses avec arthropathie (Hallopeau) et atrophie d'une moitié de la face (Lépine). Les lésions scléreuses peuvent s'étendre aux muqueuses; parfois on note des produits cornés, des sortes de durillons.

Dans certains cas, on voit des analogies avec le lupus, la lèpre ou le rhumatisme chronique atrophique (Vidal). Mais, par un examen attentif, on arrive vite à ne pas commettre ces erreurs de diagnostic.

Notre observation correspond bien à une sorte de sclérodermie. En effet, nous voyons la maladie débiter par une sensation de froid, d'onglée, avec coloration jaunâtre de la peau, qui, plus tard, devient sèche, d'une dureté ligneuse, collée aux os. Voilà pour les analogies. Mais il existe des différences notables dans les symptômes suivants : d'abord les lésions scléreuses se sont améliorées et même ont fini par cesser; de plus, les accès aigus de pseudo-panaris n'ont jamais amené d'ulcération comme dans le cas de Ball. La chute des ongles par exfoliation s'est produite sur plusieurs doigts.

Malgré le simulacre de panaris, avec couleur jaunâtre de l'épiderme ou du derme, qui ont pu faire croire à la formation de pus, il n'y a jamais eu trace de purulence, même après l'incision du derme. C'est un panaris sec, un panaris avorté. Notons encore la guérison qui met cinq ans à se produire, guérison qui est complète depuis deux ans.

Nous pensons néanmoins qu'il faut rattacher notre observation au groupe des sclérodermies, à la condition d'en faire une variété. C'est pourquoi nous lui donnons une dénomination un peu spéciale, pour mettre en relief les anomalies de cette forme clinique.

Il semble également que les troubles nerveux doivent jouer un grand rôle; en effet, les nerfs de l'avant-bras étaient douloureux à la pression, même en dehors des accès. Le traitement employé, c'est-à-dire les révulsifs sur le trajet des nerfs, ainsi que les anomalies, plaident en faveur de cette opinion.

Nous croyons donc qu'il s'agit d'une maladie peu commune, dans laquelle les troubles trophiques étaient prédominants aux extrémités supérieures et constituaient ce que la malade appelaient « ses panaris ».

Ces faits s'observent de temps en temps et ne laissent pas que d'embarasser le médecin; par exemple, la sclérodermie peut être très atténuée, ou même ne pas exister. On ne constate alors que les accès douloureux avec tuméfaction locale, avec tension, exfoliation épidermique et onguéale; d'autres fois, ce sont des douleurs avec phlyctènes qui se dessèchent rapidement. Ces troubles des extrémités sont variables, mais cependant reconnaissables à leur allure clinique particulière.

ÉTUDE GÉNÉRALE DES RASH,

Par M. BARTHÉLEMY, chef de clinique dermatologique à la Faculté (1).

(Suite.)

III. — Description particulière des rash.

1° Du rash hyperémique. — Ce rash, qui est l'efflorescence cutanée par excellence, apparaît de bonne heure. Il est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit généralement. Mais, comme d'une part il est très fugace et que d'autre part il apparaît dans les premiers temps de l'invasion, le médecin n'est que rarement appelé, non seulement à le voir apparaître, mais même à l'observer dans son épanouissement. Ajoutons que, le plus souvent, sinon toujours, il naît par une poussée unique sur toute la surface du corps, excepté à la face, et surtout à la paume des mains et à la plante des pieds, où nous ne l'avons jamais observé, et qu'il disparaît presque soudainement.

Ces caractères démontrent bien sa nature congestive, confirmée d'ailleurs par sa disparition complète sous la pression du doigt.

Bien qu'il soit un phénomène des premiers jours de la variole, ce rash ne s'est jamais montré dans les premières heures, mais consécutivement à la fièvre, à la céphalalgie et à la rachialgie; c'est vers la fin du 2^e jour et le commencement du 3^e qu'il se montre le plus souvent. Il se caractérise par une rougeur généralisée ou affectant la forme de petites taches, les unes irrégulières, les autres ovalaires, celles-ci bien isolées, celles-là confluentes par groupes, par îlots, jamais saillantes, et ayant la plus grande analogie, soit avec l'érythème simple, soit avec l'exanthème de la rougeole. Dans le premier cas, on reconnaît la variété *érythémateuse*, uniforme ou *hyperémique* continue. On peut dire qu'alors le malade est « rouge comme une écrevisse ». Dans le cas où des intervalles de peau saine se montrent entre les plaques congestives qui forment de véritables îlots présentant des méandres et des promontoires, on aura affaire au rash *morbillieux* proprement dit. Les taches qu'ils présentent sont festonnées ou arrondies, déchiquetées, disposées en cercles ou en disques, en croissants, mais le plus souvent sans forme déterminée. D'où les noms d'*érythème en corymbes*, d'*érythema gyratum* qui lui ont encore été donnés. La peau est simplement rosée, sans turgescence, sans bourrelets au niveau des bords, sans saillie au centre, comme dans la rougeole.

Chez d'autres malades, la lésion reste la même; elle est toujours du ressort de la congestion, mais elle n'est pas généralisée; les taches sont plus régulières que les précédentes, arrondies ou elliptiques, très légèrement

(1) Voir le n° 3 des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Juillet 1881, page 333.

saillante dans leur partie centrale qui est surtout proéminente. C'est la variété *roséolique*, la *papuleuse* de certains auteurs; les taches sont moins généralisées, moins abondantes que dans le cas précédent; elles n'occupent que le thorax, l'abdomen, la racine des membres supérieurs et inférieurs, et ont une préférence marquée pour les genoux et pour les coudes qu'elles ne dépassent pas, mais sur lesquels et autour desquels elles sont groupées en abondance.

Les papules peuvent former de véritables élevures, très bombées, dont les bords sont d'un rouge faible et dont le centre présente un aspect luisant, blanchâtre, demi-transparent, caractéristique de l'urticaire. Ce *rash ortié* n'est pas toujours aussi accentué; il peut, comme l'urticaire vraie, ne se montrer qu'avec des papules d'un rouge jaune assez marqué et sans reflet central. Cette variété est très rare; nous ne l'avons pas observée; nous avons au contraire vu 3 cas de *rash érythémateux* simple, 4 cas de *rash roséolique*, 1 cas de *rash érysipélateux*, dont nous rapportons plus loin en détail l'observation, à cause de sa rareté et de sa gravité, et 9 cas de *rash morbilieux*, soit 17 *rash hyperémiques* sur 44.

Toutes ces variétés ne sont que des aspects divers d'une seule et même lésion, créée par l'intoxication variolique et ne doivent pas être placées dans des cadres aussi distincts les uns des autres que l'ont fait certains auteurs. En effet, ces taches sont toujours les mêmes, répondent à une même distension capillaire, à une même angio-névrose paralytique et à un mécanisme identique, quelle que soit leur abondance, quels que soient la régularité de leur disposition ou le caprice de leur dissémination.

Les *rash hyperémiques*, nous l'avons dit, apparaissent de très bonne heure : à la fin du 2^e jour, ou dans la nuit du 2^e au 3^e jour de l'invasion variolique. Ils sont très fugaces, durent rarement 36 heures, le plus souvent 24, quelquefois 12 seulement. Ils disparaissent presque aussi subitement qu'ils se sont montrés ou graduellement, s'effaçant d'abord sur le tronc et ne persistant qu'à la face externe et postérieure des avant-bras où ils prennent la teinte *rose-thé*; ils pâlisent de plus en plus et s'évanouissent.

Dans ces cas, le malade a la fièvre, la face vultueuse, les yeux brillants, parfois injectés et larmoyants et le corps couvert de taches bien semblables à celles de la rougeole. Le lendemain, il est parfois impossible de retrouver la moindre trace exanthématique. Au lieu de l'efflorescence qui couvrirait la surface cutanée, on est tout surpris de revoir l'état normal troublé seulement par l'apparition de quelques rares pustules varioliques. C'est en effet quelques heures avant la papulation spécifique que disparaît le *rash morbilieux*. D'autres fois, il s'est montré de très bonne heure et il a disparu 24 heures avant l'éruption; mais vers son déclin s'est montré le *rash scarlatinoïde* qui lui est ainsi quelquefois associé. Les pustules varioliques se montrent d'ailleurs aussi abondantes, mais non pas davantage sur les points qui ont été occupés par le *rash morbilieux* que sur tout autre endroit du corps.

Nous n'avons jamais vu le *rash hyperémique* suivi de la desquamation. Il n'est accompagné ni précédé d'aucune démangeaison; aussi le plus souvent apparaît-il et existe-t-il à l'insu du malade, car aucun changement appréciable dans l'allure de la maladie n'avertit de sa présence (Legroux).

Telle est la description de la forme régulière ou habituelle du *rash hyperémique*. Elle ne pourrait cependant pas s'appliquer d'une manière absolue à tous les cas. M. Sée (*loc. cit.*) rapporte quelques anomalies remarquables

présentées par un rash hyperémique. L'une d'elles s'applique à la forme rubéolique. D'abord il occupait la face; c'est même par là la face qu'il débuta. Il s'étendit ensuite de là à la région supérieure du tronc, mais atteignit à peine la ceinture. Enfin il dura pendant 5 jours.

Un autre rash présenta, pour ainsi dire, la réunion de tous les caractères des autres variétés. Les taches avaient la forme de lentilles, de corymbes, de croissants, de demi-cercles, de disques, de cercles complets, de segments de cercle, de papules à bord dentelés, festonnés, crénelés, étoilés, déchiquetés; ces taches tranchaient sur la peau saine par une rougeur réticulée, dans d'autres points par une rougeur diffuse, ailleurs par une rougeur uniforme. Celle-ci avait les tons les plus variés, allant du rose pâle au rouge jus de framboise.

Bref, il s'est agi dans cette leçon clinique de rash se faisant remarquer par des attributs opposés aux propriétés habituellement caractéristiques.

La rougeur du rash hyperémique doit être bien séparée de la coloration congestive qui précède l'apparition des papules varioliques. Cette opinion a été soutenue, à tort croyons-nous, par des auteurs qui avaient remarqué que les papules s'étaient montrées au lieu même que l'hyperémie venait d'occuper. Nous avons déjà fait remarquer que l'abondance des taches morbilliformes n'est nullement en rapport avec celle des pustules varioliques qu'elles précédaient.

Notons enfin que, dans aucun cas, la température ne s'est abaissée après l'apparition de ce rash, comme après une éruption qui est critique.

2°. Du rash hémorragique. — Nous avons déjà signalé les principaux caractères de cet exanthème. Nous le mettons en seconde ligne, non pour son importance, ni pour sa fréquence, qui sont des plus grandes, mais à cause de son mode d'apparition. En effet, il se montre plus tard que le précédent : vers le quatrième jour de la maladie, vers la fin de la période de l'invasion. De plus, il dure beaucoup plus longtemps que le rash morbilliforme et n'est pas éphémère comme lui. Il ne mérite pas non plus aussi bien que le morbillieux le nom d'*efflorescence cutanée*, que lui ont donné les anciens auteurs; il est né d'une lésion matérielle et persistante de la peau, comme nous le dirons plus loin. Il rappelle assez bien l'éruption scarlatineuse.

Contrairement encore à ce qui se passe pour le rash morbilliforme, celui-ci n'est pas généralisé; il est parfois confiné dans la seule région des aines et des racines des cuisses, tout au plus forme-t-il une sorte de ceinture interrompue au niveau de la colonne vertébrale. Vient-il à dépasser ces limites, il est du moins beaucoup plus accentué à leur niveau. C'est donc déjà un point de ressemblance avec la scarlatine.

Mais c'est surtout par des caractères objectifs qu'il se rapproche de l'éruption de cette fièvre toxique.

Il est constitué en effet par des plaques ayant la couleur scarlatineuse; la coloration n'est pas uniforme. Sur un fond rouge lie de vin, se détachent une foule de petites taches, fines et serrées, arrondies pour qui les voit de loin, étoilées pour qui les regarde de près. Les piqûres de puces sont un point de repère qui a été admis par plusieurs auteurs; selon nous, il a le tort d'être très instable: la puce en effet fait chez certains individus des piqûres insignifiantes alors que chez d'autres, elle produit des papules dures, saillantes, étendues, en tous points analogues à celles de l'urticaire. Avec

cette réserve, on peut admettre la comparaison qui a été faite entre les piqures de puce et le pointillé scarlatinoïde de ce rash.

Ces morsures de puces seraient multipliées en certains points et seraient placées tellement près les unes des autres que l'aréole rose ou rouge, qui entoure le point lésé, ne pourrait se former et se confondrait avec celles du voisinage.

C'est surtout cette forme d'exanthème variolique que les Anglais désignent sous le nom de *variolous rash*. On lui ajoute parfois la qualification de pourpré, de muricolore, de *mulberry*, pour le distinguer du précédent.

Les petites taches qui le composent ne s'élèvent pas au-dessus du niveau de la peau, ne sont pas perceptibles au toucher, et n'entraînent jamais le soulèvement ni le dessèchement, ni la desquamation de l'épiderme. Nous n'en avons du moins pas vu un seul exemple; les choses ne se passaient pas absolument de même autrefois, si l'on en croit Valentin et Dézoteux (*Traité de l'inoculation*, ch. III, p. 238).

L'aspect granité de cet exanthème est fort accentué. Les taches peuvent atteindre la grosseur de fortes têtes d'épingles, surtout à la périphérie de la plaque scarlatinoïde, où elles sont plus larges et plus isolées qu'au centre. Le plus grand nombre est plus petit que la tête d'épingle, leur forme n'est ni régulière, ni arrondie, comme nous l'avons déjà fait remarquer. La plupart présentent des angles plus ou moins marqués, des bords terminés en aiguilles et rayonnés. Au centre les taches deviennent plus petites et plus nombreuses; elles se rapprochent de plus en plus et peuvent arriver à la confluence. Il n'y a plus alors qu'une plaque rouge, plus ou moins étendue, plus ou moins régulière de couleur cramoisie, comme dit Huxham, et produisant le même effet que si l'on avait barbouillé la peau avec du jus de framboise (*Essai sur les différentes espèces de fièvre*, p. 350). L'irrégularité devient plus manifeste à mesure qu'on se rapproche de la circonférence; elles sont plus éloignées les unes des autres, mais aussi plus pâles. D'autres fois cependant, sur les bords, le fond rouge, le substratum congestif, aréolaire, pâlit seul, et le piqueté, se détachant mieux sur la peau saine, apparaît en grains plus marqués, plus larges et plus colorés qu'au centre. Pas un de ces grains ne présente au début de son apparition la saillie caractéristique de la papule qui est le début de l'éruption variolique, et que le bout de l'index découvre avec tant de certitude « alors même que l'œil ne la voit qu'avec peine » (Favre, 1849).

C'est, avons-nous dit, à la région inguinale, à la racine des cuisses, à leur face interne surtout, dans l'aire du triangle de Scarpa, ou bien sur les flancs, en forme de ceinture que se montre de préférence ce rash; celui d'un côté pouvant se réunir à celui du côté opposé, le pubis alors et la partie inférieure de régions médiane et latérales de l'abdomen sont recouverts du pointillé scarlatinoïde. Le rash se limite très souvent aux aines; quand il forme une bande autour de l'abdomen, il est déjà plus intense; on le voit alors monter de chaque côté du tronc en bande étroite et verticale qui s'étend jusqu'aux aisselles. Là, nouvel épanouissement de l'efflorescence: le rash granité en effet s'étale de nouveau et tapisse tout le creux axillaire d'un fin pointillé, d'une abondance, d'une largeur et d'une coloration toujours moindres que celles des régions inguinales. Enfin, dans les cas où il était le plus étendu, il avait dépassé les aisselles et envoyé comme une dernière poussée, de moins en moins nourrie, dans les plis du coude et sur les membres inférieurs, jusqu'aux creux poplités. M. le docteur Legroux le si-

gnale sur le dos des mains, et même à la face; nous ne l'y avons jamais observé.

Tels sont les sièges qu'occupait le rash scarlatiniforme dans les cas de généralisation la plus étendue que nous lui ayons vue : 4 fois seulement sur 27 cas. Le plus souvent donc il est localisé à quelques travers de doigt au-dessus et au-dessous des aines, affectant une surface triangulaire à bords non saillants mais brusquement arrêtés.

Comme celle du précédent, l'apparition de ce rash peut se faire en une seule poussée, ou bien en une principale, primordiale, suivie de plusieurs autres moins intenses, successives et complémentaires en quelque sorte; il ne semble d'ailleurs jamais mettre plus de 60 heures à se constituer : les poussées n'entraînent pas la production de phénomènes subjectifs bien accentués; à peine, dans les cas intenses, le malade, ou plutôt la malade, car c'est chez les femmes que nous avons observé le rash scarlatinoides les plus complets, accuse-t-elle une sensation plus ou moins vive d'ardeur, de chaleur aux aines ou de cuisson, sans aller jusqu'à la brûlure.

On examine la région indiquée par la malade, et l'on trouve le rash tout établi, installé d'emblée, tel qu'il vient d'être décrit. D'ordinaire, c'est le médecin qui le fait remarquer au malade pour lequel le moment exact de l'apparition a passé inaperçu. Dans un seul cas, nous avons vu la production du rash nettement fragmentée : dans un premier temps il envahit les aines; dans le deuxième, le pubis et les hypochondres; dans le troisième, les parties latérales du tronc et les aisselles; dans le quatrième, les plis du coude et les creux poplités. Ces poussées ont été d'intensité décroissante, et ce sont elles qui ont mis 60 heures à s'effectuer.

Le plus souvent, il n'existe que sous sa forme atténuée; parfois même la poussée unique a même pu avorter et au lieu de se manifester par un pointillé abondant et serré, le rash consiste absolument en quelques grains ecchymotiques, rares, miliaires, peu marqués, peu colorés, perdus dans les plis et dans les poils des plis inguinaux où il faut un examen attentif pour les découvrir. Le médecin doit néanmoins les rechercher avec grand soin; c'est peut-être dans ces cas qu'il en tirera les enseignements les plus profitables.

Ce n'est pas avant la cinquante-huitième heure de l'invasion que se montre le rash scarlatinoïde; c'est le plus souvent à la fin du quatrième jour et plus rarement du cinquième jour. Il précède donc l'éruption; et c'est dans les cas où celle-ci apparaît de bonne heure que le rash est aussi plus hâtif. Cette préexistence n'a cependant rien de fatal ni d'absolu, comme le montrent les cas rapportés par M. Gueneau de Mussy. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1869) et par M. Sée (*loc. cit.*), dans lesquels les rash se sont montrés le lendemain de l'éruption variolique. Ce sont là des cas d'apparition anormale et excessivement rare du rash.

Le moment d'apparition, la marche des rash hyperémiques et hémorragiques sont également dissemblables. Tandis que les premiers sont éphémères et disparaissent comme ils sont venus en quelques heures après une durée maximum de quarante heures, les rash granités se prolongent pendant tout un septénaire et parfois même au delà. Nous l'avons vu persister alors que la varioloïde, qu'il avait annoncée, avait été si peu intense qu'il lui survécût de beaucoup.

La description précédente fait pressentir les différences de teintes que, selon les jours, on va rencontrer, allant de la couleur rose à la coloration cramoisie et framboisée. D'autre fois même, au lieu d'être rouge et écarlate,

il apparaît et reste ou devient sombre violacé, brunâtre, presque noir. Nous verrons plus loin à quelles lésions répondent ces cas exceptionnels. Mais, même dans ses formes les moins accusées, le rash granité résiste à la pression, même forte, même prolongée, de la peau par la pulpe digitale. A peine pâlit-il, contrairement au rash érythémateux qui s'efface complètement.

Une fois produit, le rash scarlatiniforme persiste avec sa coloration propre pendant un, deux et même trois jours. Puis il pâlit peu à peu, de rouge, puis rose, devient rose-thé, jaune-paille ou beurre-frais, puis grisâtre et blanc sale, enfin il s'efface. Mais alors même qu'il a disparu, on peut encore le plus souvent, surtout s'il a eu quelque intensité, sinon établir, du moins fortement soupçonner son existence. Il est impossible d'ailleurs, si l'on veut se conformer strictement et rigoureusement aux faits, d'assigner une durée précise à chacune de ces modifications, à leur persistance ou à leur disparition.

Chaque varioleux administre, pour ainsi dire, à sa manière, son rash dont la régression se fait rapidement ou lentement suivant les sujets, ou bien promptement vers le déclin, mais après avoir d'abord rétrogradé insensiblement ; la marche inverse peut aussi se présenter.

Cette lenteur de résolution fait que cette forme d'exanthème n'échappe pas à l'observateur et qu'il est remarqué à peu près toutes les fois qu'il a lieu. Ce n'est pourtant pas pour cela que le rash scarlatinoïde semble plus fréquent que le morbillieux : il l'emporte sur lui en fréquence d'une manière absolue. C'est ainsi que sur 400 varioleux, nous avons observé 17 rash hyperémiques et 27 rash scarlatiniformes. D'après ce que nous lisons dans les divers auteurs, cette proportion est moins considérable que celle qui existe habituellement.

Le rash scarlatinoïde disparaît en sens inverse de son apparition : d'abord des plis de coudes, des creux poplités, des aisselles, et à la fin seulement des aines où il persiste plus ou moins longuement.

L'évolution totale dure, *en moyenne*, une huitaine de jours ; dans certains cas, elle a pu se faire en beaucoup plus ou en beaucoup moins de jours.

Nous n'avons jamais vu aucun rash scarlatinoïde entraîner, par son fait, la desquamation de la peau.

Tels sont les deux rash varioliques. On s'est complu à en multiplier sans nécessité les formes cliniques. Suivant les cas et les sujets, ils peuvent bien présenter quelques différences de siège, d'aspect ou d'abondance. Mais ce sont là de simples nuances ou de ces caprices pathologiques dont est peuplée la clinique de toutes les maladies et qui autorisent tout au plus l'observateur à distinguer quelques variétés. Nous devons, cependant, faire une réserve pour le rash *érysipélateux* qui est vraiment fort singulier.

Les deux formes de rash, que nous avons admises, et que nous nous sommes efforcé d'établir et de comparer, relèvent d'une même cause et résultent de la continuation d'action d'une même force sur la dilatation des réseaux vasculaires superficiels ; et la preuve c'est qu'ils peuvent se rencontrer sur le même sujet. Chacune de ces deux formes garde alors ses caractères propres, et évolue avec une indépendance absolue l'une de l'autre. C'était d'ailleurs à prévoir : gardant leurs modalités respectives, elles apparaissent par conséquent l'une après l'autre, et, se rencontrant à peine, elles ne peuvent se gêner. Elles se mélangent sans se confondre et sans former ce qu'on a appelé les *rash mixtes*. La seconde apparaît généralement peu de temps avant que la première s'efface et leur présence simultanée n'est pas

de longue durée. Elles ne se modifient d'ailleurs nullement l'une l'autre et ce n'est pas l'une qui se transforme en l'autre. Le rash morbilliforme se montre le deuxième jour, s'épanouit le troisième et s'effacera au plus tard le quatrième, c'est-à-dire précisément le jour où doit se montrer le rash scarlatiniforme. Celui-ci évoluera ensuite comme nous venons de voir, avec plus ou moins d'intensité et de rapidité.

C'est cette association, cette rencontre des rash qui ont si souvent accrédité la croyance à la prétendue *contemporanéité des fièvres éruptives* chez un même malade. Nous verrons plus loin qu'il n'en est rien. Dans le cas de coïncidence de ces efflorescences, on se figure aisément l'aspect singulier de la peau qui est le siège de ces exanthèmes polymorphes. Cet aspect sera encore rendu plus saisissant si on imagine, comme on peut le faire, puisque nous sommes arrivés au quatrième ou au cinquième jour de la maladie, que l'éruption variolique est elle-même en voie de préparation manifeste et d'éclosion. C'est à cette époque, en effet, que se montrent ces papules, à base aréolaire rouge et congestive, qui, par leurs dimensions, leurs formes et surtout par leurs saillies à la surface de la peau, se perçoivent par le doigt mieux encore que par l'œil; elles se distinguent nettement des efflorescences et constituent l'éruption variolique, proprement dite, si bruyamment annoncée et précédée par ce brillant cortège. Souvent, très grande est la surprise de l'observateur, lorsque, vingt-quatre heures après, une sorte d'apaisement ayant eu lieu dans tous ces troubles de la vascularisation cutanée, et l'efflorescence s'étant évanouie en presque totalité, il ne retrouve plus que quelques rares pustules disséminées sur toute la surface du corps. On avait pu croire à une rougeole et à une scarlatine évoluant chez le même individu en même temps qu'une variole et on pouvait s'attendre à voir le malade bientôt réduit à toute extrémité: tout ce fracas n'a conduit qu'à une variole discrète et même, comme nous en avons vu plusieurs cas, à une varioloïde légère!

Les pustules varioliques naissent et se développent aussi bien sur les points qui ont été d'abord envahis par le rash hyperémique que sur les intervalles de peau restée saine, c'est-à-dire entre les mailles de l'efflorescence. Elles font, au contraire, le plus souvent défaut au niveau du rash scarlatinoïde qui est fort remarquable par son antagonisme avec l'éruption variolique.

Dans certains cas, en effet, on ne voit pas une seule pustule variolique développée dans toute la région occupée par ce rash. Les limites de celui-ci sont quelquefois marquées ainsi avec une netteté surprenante. L'éruption est arrêtée au niveau du triangle de Scarpa, par exemple, comme par une barrière infranchissable au pied de laquelle elle se multiplie et s'accumule pour ainsi dire, comme l'écume de la mer au bas de la falaise: nulle en deçà, confluyente au delà!

Le trouble vasculaire qui engendre le rash hyperémique est-il de trop peu de durée et de gravité pour retentir sur la marche de l'éruption? Il semble que celle-ci se comporte comme si elle n'avait pas été précédée par le rash hyperémique. Dans le cas de rash morbillieux, le contrôle, il faut l'avouer, est extrêmement délicat et il est bien difficile de dire si l'éruption ne pousse qu'entre les taches ou bien indifféremment sur leur surface. Nous n'avons pu faire une observation suffisamment attentive pour décider la question. Dans certains cas, cependant, le rash morbillieux semble aussi procurer l'immunité éruptive aux régions qu'il a occupées (?). M. Empis a observé

un rash morbillieux fortement accentué; au bout de vingt-quatre heures, les taches rosées disparurent et l'éruption variolique se manifesta franchement. Dans ce cas, l'éruption variolique a été d'autant plus discrète qu'elle s'était développée sur des régions du corps où l'éruption morbilliforme avait été *le plus confluyente* : Sur le ventre, sur la poitrine, par exemple, où les taches morbilliformes étaient *très confluentes*, à peine y comptait-on 3 ou 4 pustules. *Ainsi la place occupée par le rash est la seule qui ne se couvre pas de pustules.* La maladie d'ailleurs s'est brusquement enrayée au moment de la maturation et est restée varioloïde (*Soc. méd. des Hôp.*, 1869, p. 61).

Dans d'autres cas, le *rash hémorragique scarlatiforme* est au contraire un stimulant énergique, un agent provocateur de l'éruption variolique. Les régions occupées par le rash sont le siège d'une éruption absolument confluyente, comme si les pustules s'y étaient acharnées à dessein et comme si au contraire elles avaient voulu épargner le reste du corps.

Ces dispositions insolites ont pu se montrer si frappantes que certains observateurs ont regardé ce fait comme la règle : « Les pustules restent ordinairement plus confluentes sur le siège primitif du rash que sur les autres régions du corps. » (*Soc. méd.*, 1869, loc. cit.) Nous rechercherons plus loin les causes auxquelles peuvent tenir, à l'occasion d'un même phénomène pathologique, des différences si marquées.

I. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MYXŒDÈME. DU MYXŒDÈME EN BASSE-BRETAGNE, par le D^r MORVAN (de Lannilis). (*Gazette hebdomadaire*, n^{os} 34, 35, 36 et 37, 1881.)

II. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CACHEXIE PACHYDERMIQUE, par le D^r FREISSINGER (de Thaon). (*Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1881.)

III. — CACHEXIE PACHYDERMIQUE. (*Gazette des hôpitaux*, 17 sept. 1881.)

I. — Il est probable que ce travail, si riche de faits et de détails nouveaux, n'aurait pas vu le jour, l'auteur prétextant modestement qu'il trouvait son bagage insuffisant, si la publication simultanée dans plusieurs journaux de revues sur le myxœdème n'avait attiré son attention, en lui permettant de rattacher enfin à un type déterminé les faits absolument insolites qu'il avait eu l'occasion d'observer depuis de longues années. Si la priorité de la découverte ne lui appartient pas, il n'est que juste de reconnaître que ses recherches, ainsi que le prouve l'analyse qui suit, sont de nature à faire envisager la question sous un nouveau jour.

Le D^r Morvan exerce en Basse-Bretagne, dans un pays dont le climat tempéré mais humide se rapproche beaucoup de celui de l'Angleterre. Attribuant aux influences atmosphériques et surtout à l'état de la température extérieure une grande part dans l'étiologie du myxœdème, l'auteur se

demande s'il ne doit pas à cette similitude climaterique d'avoir pu observer huit cas de myxœdème, chiffre énorme, étant donnée la rareté de la maladie en France, plus admissible quand on le rapproche de sa plus grande fréquence en Angleterre. Quant aux autres conditions étiologiques signalées dans le travail du Dr Morvan, elles sont bien telles que nous les avons précédemment résumées, avec cette particularité bien mise en relief que le myxœdème est surtout une maladie de la femme après la ménopause, et que d'autre part, elle est presque propre au travailleur des champs exposé à toutes les intempéries de l'air. (En Basse-Bretagne, la plupart des femmes cultivent la terre.)

Les observations du Dr Morvan, il est aisé de s'en convaincre par la lecture, appartiennent bien à la maladie décrite par Gull et par Charcot, mais elles diffèrent à certains égards du type présenté par ces auteurs. Deux manifestations concomitantes, absolument contemporaines, l'œdème et la *paralysie musculaire*, seraient la caractéristique symptomatique du myxœdème. L'œdème existe bien avec les particularités indiquées par les premiers observateurs, mais une fois seulement sur huit cas, l'auteur l'a vu aussi prononcé, aussi hideux qu'on l'a décrit : pour lui, c'est un œdème dur, diffus, mais essentiellement variable, subissant avant toute autre l'influence du froid qui l'exagère, diminuant beaucoup pendant les chaleurs de l'été. Peut-être cette atténuation de l'infiltration myxœdémateuse est-elle due, en Basse-Bretagne, à l'effet de la température : « Nous n'avons d'été qu'à peine, dit l'auteur, c'est vrai, mais en revanche, les hivers ne sont jamais rigoureux, le thermomètre ne descend guère au-dessous de 1 ou 2 degrés. »

La paralysie musculaire est aux yeux du Dr Morvan, le deuxième élément fondamental de la maladie. Elle offre les caractères suivants : ralentissement autant qu'affaiblissement de l'action musculaire, sentiment de lassitude au moindre effort, et enfin engourdissement par le froid. Les malades atteints de myxœdème ne peuvent ni *courir*, ni *précipiter le pas* ; leurs *doigts sont engourdis* et leurs *bras affaiblis* ne peuvent soulever les lourds fardeaux qu'ils portaient sans peine avant leur maladie. Cet affaiblissement de l'action musculaire porte également sur les *paupières qui sont alourdies*, sur les *muscles de la face, d'où sa placidité*, sur les *extenseurs de la tête* impuissants à la maintenir droite. Enfin c'est encore la diminution de la contractilité musculaire qui explique la *gêne de la prononciation*, la *lenteur de la parole* et la *raucité de la voix*, tous symptômes évidents et caractéristiques dépendant non de l'infiltration myxœdémateuse de la langue et du larynx, l'auteur ne l'a jamais constatée, mais de l'affaiblissement de la musculature de ces organes. La constipation elle-même, si opiniâtre chez la plupart des malades, est due sans doute, non à une tuméfaction hypothétique de la

muqueuse ano-rectale, mais à un état parétique de la tunique musculaire de l'intestin. L'auteur signale également la *lenteur du pouls*, comme phénomène du même ordre. Il n'y aurait donc pas, comme les premiers observateurs l'avaient signalé, simple paresse cérébrale avec intégrité de la puissance musculaire, mais paralysie vraie, incomplète il est vrai, mais incontestable.

Le Dr Morvan insiste beaucoup sur l'impressionnabilité de ses malades *au froid*. Ils se plaignent toujours du froid même quand il fait très chaud. Ils ont les extrémités comme des glaçons, *les lèvres et les mains violacées*, des engelures. Ils s'enrhument facilement et au moindre froid ont du coryza et du larmoiement, d'où les yeux *pleurards et chassieux*. Il ne s'agit pas, on le sait, d'une sensation purement subjective.

Quant aux phénomènes cérébraux et à l'état cachectique signalés comme propres au myxœdème, l'auteur ne les admet qu'avec réserves : « Il nous a semblé, dit-il, que nos malades conservaient la dose d'intelligence que la nature leur avait donnée. Si la pensée a l'air de se former avec lenteur, c'est que la parésie de la langue est là et que les réponses se font attendre. » L'épuisement, l'état cachectique n'est pas plus apparent chez ses malades : « Nous ne rencontrons ce dépérissement que dans notre première observation, et là, il s'agit d'une personne malade depuis douze ans et arrivée à l'âge de 67 ans. Nous voyons au contraire d'autres femmes malades, l'une depuis dix ans, une autre depuis dix-sept ans, une autre depuis vingt ans qui vaquent aux soins du ménage et même aux travaux des champs. »

Ce qui précède semblerait prouver que le myxœdème est compatible avec une existence fort longue, et les observations du Dr Morvan démontrent bien que la mort est toujours la conséquence de maladies intercurrentes. L'albuminurie n'a jamais été constatée par lui ; on peut donc dire que ce symptôme comme les lésions rénales sont, jusqu'à plus ample informé, étrangers au myxœdème.

En ce qui concerne la nature de la maladie, la théorie proposée par le Dr Morvan est conforme aux faits qu'il a observés. Il considère le myxœdème comme un œdème d'origine neuromyotique, conséquence d'une névrose du système nerveux central affectant les nerfs moteurs de la vie animale et de la vie organique. L'influence si évidente du froid sur le début et la marche de cette maladie est certainement en faveur de cette hypothèse ; elle donne encore pleinement raison à l'auteur quand il considère que la seule thérapeutique rationnelle consisterait dans un séjour indéfiniment prolongé dans le Midi.

II. — Le fait de cachexie pachydermique observé par le Dr Freissinger appartient au type de Gull et de Charcot ; c'est un cas de myxœdème complet, avec les difformités et l'apathie intellectuelle signalées par ces

auteurs. Nous y trouvons deux particularités intéressantes : tout d'abord, il s'agissait d'un homme, fait exceptionnel comme nous l'avons dit ; en second lieu, la maladie a débuté chez lui par des phénomènes aigus. A la suite d'excès de boissons, cet homme notoirement alcoolique, atteint deux ans auparavant de diabète et d'un anthrax, fut pris subitement de frisson et de sueurs ; puis pendant une semaine, les frissons se reproduisirent à plusieurs reprises, quoique moins intenses. La santé générale s'altéra et bientôt l'œdème caractéristique se manifesta avec tous les autres symptômes de la cachexie pachydermique. Le malade mourut de pneumonie au bout de plusieurs mois.

III. — L'observation analysée par la *Gazette des hôpitaux* et qui a fait l'objet d'une étude détaillée de M. Ridet-Saillard ne diffère en rien, dans ses traits essentiels, du type précédent. Il s'agit cette fois d'une femme chez laquelle la maladie aurait débuté à la suite de chagrins et de troubles intellectuels caractérisés par une sorte de manie ; cette femme qui a successivement passé par les services de M. Proust et de M. Ball est actuellement à la Salpêtrière.

P. MERKLEN.

I. — RECHERCHES SUR LES MANIFESTATIONS CUTANÉES DANS LE MAL DE BRIGHT, par COLLIN (*Thèse de doctorat*, Paris, 1879).

II. — DES ÉRUPTIONS DANS LES AFFECTIONS DES REINS, par QUINQUAUD (*Tribune médicale*, juin 1880).

III. — DES ÉRUPTIONS RÉNALES, par J. DUVAL (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1880).

IV. — ÉRUPTIONS ANORMALES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE A FORME RÉNALE, par DE SANTI (*Tribune médicale*, juillet 1880).

I. — L'étude des manifestations cutanées dans le mal de Bright présentait un écueil que M. Collin a eu le mérite d'éviter dans ses conclusions sinon dans le cours de son travail. La coïncidence de l'albuminurie avec les dermatoses est un fait assez fréquemment observé, mais leurs relations ne sont pas toujours évidentes, et il est quelquefois difficile de déterminer quel est le premier en date de ces états pathologiques ; de plus, ces cas sont souvent complexes et les deux affections peuvent être la manifestation d'une seule maladie. Il était donc important, comme l'a fait l'auteur, d'établir une distinction fondamentale entre les dermatoses *causes* et les dermatoses *effets* de la maladie rénale.

Il suffit de rappeler les connexions physiologiques du filtre rénal et de la peau en tant qu'organe d'élimination pour faire ressortir l'intérêt que peut présenter l'étude de leurs connexions pathologiques. Nous ne suivrons pas néanmoins l'auteur dans les considérations qu'il consacre aux albuminuries qui surviennent dans le cours de certaines affections cutanées, la plupart étrangères à la dermatologie proprement dite (scarlatine, érysipèle, brûlures étendues, etc.) ; sur ce point, du reste, nous ne trouvons dans son travail que le résumé des idées et des théories qui ont cours dans la science ; nous nous contenterons de faire remarquer que les dermatoses proprement dites, même généralisées, ne provoquent que très exceptionnellement sur les reins ces répercussions que l'on invoquait autrefois avec tant de complaisance et que l'albuminurie, qui peut s'observer dans ces conditions, est d'ordre complexe, dépendant plus souvent de l'état général que de l'affection cutanée.

L'intérêt de la thèse de M. Collin se trouve surtout dans l'histoire des éruptions cutanées consécutives aux diverses formes du mal de Bright. Cette étude est nouvelle ; elle est du reste seulement ébauchée par l'auteur qui ne rapporte à l'appui de ses conclusions que quatre observations, dont deux personnelles prises dans le service de M. Vulpian et deux observations de Rayet. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire une partie de ses conclusions :

1° Dans les formes aiguës du mal de Bright, ou dans les formes chroniques (quand il y survient des poussées aiguës), les manifestations que l'on peut observer du côté de la peau sont de nature inflammatoire (érythème, acné, etc.), et *directement* sous la dépendance de l'altération du sang ; elles ne peuvent avoir d'influence fâcheuse que si elles aboutissent au phlegmon ou sont franchement érysipélateuses.

2° Dans les formes chroniques du mal de Bright, les manifestations que l'on peut observer du côté de la peau sont des affections à marche essentiellement lente (ecthyma, eczéma, psoriasis, etc.) et *indirectement* sous la dépendance de l'altération du sang ; elles ne semblent guère avoir d'influence sérieuse sur la marche de la maladie rénale, mais elles peuvent aider au diagnostic de certaines albuminuries latentes. Le purpura, quoique dépendant directement de l'altération des vaisseaux, est indirectement sous la dépendance du mal de Bright.

II. — M. Quinquaud, dans une courte note publiée dans la *Tribune médicale*, a signalé également les éruptions cutanées consécutives aux affections rénales : lichen aigu, éruptions papulo-vésiculeuses, eczémas, taches érythémateuses sur l'abdomen et les membres. Tantôt, dit-il, ces taches sont légèrement desquamatives, ressemblent à du pityriasis ou à du psoriasis pityriasiforme ; tantôt les taches sont si nombreuses qu'elles arrivent à simuler une roséole. Enfin on voit survenir dans les affections

rénale des furoncles et des anthrax. Pour M. Quinquaud toutes ces éruptions sont dues à l'adulteration du sang par les produits de désassimilation qui y sont retenus et à l'irritation qui en résulte pour le derme. Cette même pathogénie serait applicable suivant lui, à certains cas d'herpès critiques, d'éruptions pemphigoides, de lésions cutanées des adolescents, aux efflorescences de la diphtérie.

III. — Les opinions de M. Quinquaud se retrouvent avec plus de développement dans la thèse de son élève M. Duval. Comme éruptions rénales, l'auteur signale l'érythème, les papules, les vésicules, les pustules et les squames; elles présenteraient cette particularité qu'elles n'occupent pas en général la face et les mains. De plus, comme l'a signalé M. Quinquaud ces éruptions sont surtout observées dans la période urémique des néphrites et certaines d'entre elles paraissent coïncider avec la diminution de la quantité des urines. Ce fait concorde avec ce que nous avons nous-même pu constater dans certaines néphrites avec anurie complète (*Étude sur l'anurie, Thèse de doct.*, p. 86); les éruptions que nous avons observées étaient de nature érythémateuse. Enfin, l'auteur insiste avec le professeur M. Peter (*Cours inédit*, 1880) sur le prurit si intolérable dont souffrent les malades atteints de néphrite interstitielle à la période urémique, prurit comparable, suivant M. Peter, comme caractères et comme pathogénie, au prurit des ictériques.

Les éruptions rénales peuvent être considérées comme des éruptions toxiques liées à l'altération du sang et attribuées pour une part à l'irritation de la peau par les excréments supplémentaires qui se font de ce côté.

IV. — M. de Santi rapporte trois observations de fièvre typhoïde à forme rénale accompagnées d'éruptions anormales; éruption pustuleuse discrète, occupant la partie postérieure des membres et du tronc et comparable absolument à l'éruption d'une variole discrète — éruption pemphigoides à contenu purulent ou hémorragique occupant les flancs, les fesses et la partie supérieure des cuisses — furoncles et lymphangite diffuse. Ces éruptions pustuleuses et bulleuses se sont montrées dans le cours du deuxième septénaire de la maladie et l'auteur les considère comme les conséquences de la complication rénale. Ne serait-il pas plus rationnel de rapporter les deux manifestations cutanées et rénales à une seule et même cause, l'altération du sang? M. Hanot qui a récemment constaté dans les vésico-pustules des malades atteints de dothiéntérie et traités par la médication phéniquée l'existence d'une quantité énorme de bactéries, s'est demandé si ces lésions n'étaient pas la conséquence de l'élimination des microbes par la surface cutanée, pathogénie semblable à celle proposée par M. Bouchard pour la néphrite de la fièvre

typhoïde et les néphrites infectieuses en général (*Hanot, Société de Biologie*, 17 juillet 1881). Les éruptions cutanées et l'albuminurie dans la fièvre typhoïde seraient donc des phénomènes de même ordre; mais il ne paraît pas y avoir entre eux de relation de cause à effet.

P. MERKLEN.

I. — ASTHME ET URTICAIRE. DISCUSSION : C. PAUL et N. GUENEAU DE MUSSY. (*Soc. de therapeut.*, 9 fév. 1881. — *Gaz. hebdomadaire*, n° 7, 1881.)

II. — OBSERVATION DE BRONCHITE AVEC ACCÈS DE DYSPNÉE CHEZ UN ENFANT; ÉRUPTIONS POSTÉRIEURES D'URTICAIRE, par GUÉRAUD. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 26, 1881.)

III. — ASTHME ET ECZÉMA, par POURCHER. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 36, 1881.)

La *Gazette hebdomadaire* a publié dans le cours de cette année une série d'observations et de notes relatives à l'alternance de l'urticaire avec des crises d'asthme ou de bronchite spasmodique. A la *Société de thérapeutique*, la question de l'alternance des poussées d'urticaire avec les attaques d'asthme nerveux a été soulevée par MM. C. Paul et N. Gueneau de Mussy qui supposent que l'asthme nerveux pourrait bien être dû à de l'urticaire des bronches; M. Gueneau de Mussy a même pu assister à la progression des lésions ortiées de la peau vers la muqueuse des bronches. M. Guéraud (de Menton) signale des poussées d'urticaire survenues chez une enfant de 9 ans, douze mois après des accès de dyspnée violente que n'expliquait ni l'état des voies respiratoires, ni celui du cœur. Enfin M. Pourcher a observé l'apparition de plaques d'urticaire sur différentes régions du corps deux heures après une attaque d'asthme chez un malade atteint d'eczéma du cuir chevelu et du dos.

Des exemples du même genre ont été fréquemment signalés et il y a lieu d'en tenir compte tout autant au point de vue pratique qu'au point de vue de la pathogénie générale des dermatoses. Il s'agit sans doute d'une maladie constitutionnelle manifestant ses effets alternativement du côté des voies respiratoires et du côté de la peau; les exemples précédents prouvent bien qu'il ne s'agissait pas de répercussion, les accidents dyspnéiques s'étant produits spontanément, sans suppression brusque de maladie cutanée. En ce qui concerne les caractères de ces crises pulmonaires, il serait intéressant de les déterminer nettement. Les observations sont trop dissemblables pour qu'il soit possible quant à présent, d'établir à cet égard une règle constante.

P. MERKLEN.

I. — DISCUSSION SUR LA PELLAGRE A PROPOS D'UNE OBSERVATION de M. le professeur HARDY. (*Académie de médecine*, 28 juin et 5 juillet 1881.)

II. — ALTÉRATIONS DES NERFS CUTANÉS DANS LA PELLAGRE, par DÉJERINE. (*Académie des sciences*, 11 juillet 1881. — *Gaz. hebdomadaire*, n° 26, 27 et 29.)

I. — M. Hardy a présenté à l'Académie de médecine la main d'un malade mort dans son service, de la pellagre; cette main portait les altérations caractéristiques de la maladie et le sujet qui était atteint de cette affection avait présenté les deux autres termes de la triade habituelle: diarrhée incoercible et dépression du système nerveux. L'intérêt de l'observation réside dans ce fait que le malade était un alcoolique avéré et n'avait jamais mangé de maïs; l'alcoolisme pour M. Hardy est une des causes de la pellagre, particulièrement de la pellagre observée à Paris. Tel n'est pas l'avis de MM. Th. Roussel, Lancereaux et Noël Gueneau de Mussy qui tiennent pour la pellagre, maladie spécifique due à l'intoxication par le maïs altéré. M. Hardy maintient néanmoins son diagnostic basé sur l'existence de tous les symptômes caractéristiques de la maladie; la pellagre n'est pas une maladie spécifique, elle peut être déterminée par des causes autres que l'empoisonnement par le maïs, notamment par l'alcoolisme.

II. — M. Dejerine a fait l'examen histologique des nerfs de la peau chez deux pellagreaux morts dans le service de M. Hardy et a constaté des altérations très marquées de ces nerfs: faisceaux nerveux composés presque exclusivement par des gaines vides, en moyenne pour un tube sain, trente à quarante gaines vides. L'exanthème pellagreaux appartient donc à la catégorie des altérations de la peau d'origine trophique.

P. M.

SYPHILIGRAPHIE.

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par L. MARTINEAU (1). (*Société médicale des hôpitaux*, 23 juin 1881. — *Union médicale*, 1881.)

Les premières expériences de traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées paraissent dues au professeur Scarenzio (de Pavie), qui, en 1854, employa le calomel préparé à la vapeur en suspension dans la glycérine. Voici sa formule (*Annales universelles de médecine*, 1864) : Calomel 20 à 30 centigrammes, glycérine ou mucilage ou eau 1 gramme. (Une ou deux injections suffirent pour faire disparaître les accidents. Les effets salutaires ne se manifestent que huit ou quinze jours après l'injection.)

Dans les 8 observations publiées par l'auteur, le résultat fut satisfaisant, sauf cependant que, dans quelques cas, de petits abcès se formèrent au point piqué.

Le procédé de Scarenzio fut essayé quelque temps après, en 1864 et 1865, à l'hôpital des Vénériens de Milan, par le docteur Ambrosoli. Les résultats furent à peu près semblables à ceux obtenus par Scarenzio.

Il en fut de même pour les injections pratiquées plus tard, et toujours en Italie, par Riccordi et Monteforte, Soresina et Bertarelli.

En Angleterre, Barclay-Hill employa, en 1866, les injections de sublimé dans 11 cas de syphilis, à la dose de 1 milligramme. Elles furent bien supportées. Lorsque cette dose fut dépassée, il y eut hydrargyrie, coliques, diarrhée, accidents locaux.

En Allemagne, Georges Lewin, médecin de la Charité de Berlin, fit des expériences en 1868 sur une vaste échelle. Il employa le sublimé dissous dans l'eau distillée à la dose de 5 à 10 milligrammes. Dans quelques cas, il ajoutait de la morphine pour rendre l'injection moins douloureuse. La moyenne du nombre des injections a été de 16 pour chaque malade, et la quantité totale de sublimé injecté à chacun d'eux de 15 centigrammes. Les résultats auraient été satisfaisants.

M. Hardy ayant institué, chez un certain nombre de malades à l'hôpital Saint-Louis, le mode de traitement préconisé par Barclay-Hill et G. Lewin, fut obligé d'y renoncer par suite de la douleur, des abcès, des eschares que déterminaient les injections. Il en fut de même pour M. Diday.

Parmi les médecins qui répétèrent les injections sous-cutanées selon la méthode de Georges Lewin, je citerai les docteurs Cl. Böse (1868), Klemm (1869), Menckheim Grünfeld, Stöhr (1869).

Liégeois communiqua les résultats suivants à la Société de chirurgie, dans les séances des 2 et 9 juin 1869. Il employait la formule suivante : Eau dis-

(1) Reproduction intégrale du mémoire de l'auteur, à l'exception des observations.

tillée 90 grammes, sublimé 20 centigrammes, chlorhydrate de morphine 10 centigrammes.

Ce qui fait un peu plus de 2 milligrammes de sublimé pour une seringue de Pravaz contenant 1 gramme.

Pas de réaction inflammatoire au niveau de la piqûre. Dans 2 cas seulement, il y eut une légère eschare. Douleur insignifiante. 4 cas de salivation légère sur 196 sujets. Deux injections par jour ont été pratiquées sur chaque malade. La durée moyenne du traitement a été de 37 jours. Les récidives sont dans la proportion de 37.50 0/0.

En outre, le traitement nouveau guérit beaucoup plus rapidement que le traitement par la voie stomacale.

M. Liégeois conseille donc d'employer ce traitement de préférence à tout autre, prétendant que les malades pourront très bien se faire eux-mêmes leur injection sans recourir au médecin.

M. Aimé Martin (Société de médecine, 7 août 1868), préconise la formule suivante : Bi-iodure de mercure et de potassium 40 centigrammes, chlorhydrate de morphine 5 centigrammes, eau distillée 10 grammes. Injection : 10 gouttes tous les deux jours. On mélangera la morphine et le bi-iodure au moment de s'en servir pour éviter le précipité.

Guérison rapide et sans accidents.

Bricheteau (*Bulletin de thérapeutique*, 1869), donne la formule suivante : Iodure double de mercure et de sodium 150 centigrammes, eau distillée 100 grammes. Une à deux injections par jour, de 5 à 10 gouttes chaque fois. Chaque gramme de solution contient 1 centigramme de sel mercuriel.

M. L. Belhomme emploie la formule suivante : Iodure double de mercure et de morphine 50 centigrammes, eau distillée 20 grammes. Injectez 5 à 10 gouttes par jour.

Solution de Staub, 1872 (Bouchardat) : Sublimé 125 centigrammes, chlorure d'ammonium 125 centigrammes, chlorure de sodium 115 centigrammes, Blanc d'œuf, n° 1, eau distillée 250 grammes. Cette dernière solution désignée par son auteur « solution de chloro-albuminate de mercure » marque un progrès notable.

M. Mialhe, en effet, venait de montrer que les injections sous-cutanées d'une solution de bichlorure de mercure ne peuvent être absorbées que lorsqu'elles ont fait subir aux matières albuminoïdes contenues dans le tissu cellulaire une modification telle, qu'il se produit aux dépens de ces éléments un véritable albuminate de mercure facilement absorbable.

La coagulation ainsi obtenue dans le tissu cellulaire serait la cause principale de la douleur, de la formation de nodosités ou même de la mortification des tissus. Il était donc rationnel d'employer en injections une solution d'albuminate de mercure capable d'être absorbée directement. (M. Terrillon, *Bulletin de Thérapeutique*, 4^e, 5^e, 6^e livraisons, 1880.)

La thèse de M. Cotte (Paris, 1873) contient quelques intéressants détails sur cette question.

Malgré ce progrès ainsi réalisé, il survint encore un grand nombre d'accidents qui firent rejeter les injections sous-cutanées de la thérapeutique de la syphilis. Toutefois, les expériences se poursuivirent et les auteurs cherchèrent de nouveaux composés mercuriels. Ainsi, Cullingworth employa le bichlorure de mercure en dissolution dans la glycérine et l'eau distillée. Sigmund employa la même formule.

A. Martin unit le bi-iodure de mercure à l'iodure de potassium dans l'eau distillée. J'en ai donné plus haut la formule.

Bamberger, le premier, fit entrer dans la formule des injections hypodermiques, la peptone préparée avec soin et chimiquement pure.

La préparation de *peptonate de mercure*, d'après les indications de cet auteur, est la suivante : on fait une solution de sublimé dans l'eau au 5/100° et une solution de chlorure de sodium au 20/100°. On dissout 1 gramme de pepsine de viande dans 50 centimètres cubes d'eau distillée et on filtre. On ajoute à cette liqueur filtrée 20 centimètres cubes de la solution de sublimé au 5/100° et on dissout le précipité qui se forme avec la quantité nécessaire (15 à 16 centimètres cubes environ) de la solution de chlorure de sodium. On verse alors la liqueur dans un vase cylindrique gradué et on ajoute de l'eau distillée jusqu'à atteindre 100 centimètres cubes. Préparée ainsi, la liqueur est à 1 centième, c'est-à-dire que chaque centimètre cube contient 1 centigramme de mercure combiné avec la pepsine. On couvre le vase, on laisse la liqueur reposer quelques jours, il s'en sépare une petite quantité de précipité cotonneux blanchâtre (peut-être de l'albumine contenue encore dans la pepsine) ; on filtre, et la liqueur est préparée.

On injecte 1 centimètre cube, c'est-à-dire 1 centigramme tous les trois ou quatre jours. Répétée plus souvent, cette injection ne tarde pas à produire de la salivation, des abcès.

Cette solution de Bamberger fut employée par Zeissl et Neumann et par le professeur Van Rinecker à Wurzburg. C'est elle qu'employa l'an dernier mon collègue et ami M. Terrillon, au début de ses expériences (*Bulletin de Thérapeutique*, 1880, n° 4, 5, 6) ; puis il employa la formule suivante que lui prépara M. Yvon : Bi-iodure de mercure 1 gramme, iode de potassium 1 gramme, phosphate tribasique de soude 2 grammes, eau distillée pour 50 centimètres cubes. Ces deux formules (celle de Bamberger et celle d'Yvon) produisent quelques inconvénients locaux variables : douleurs, nodosités, engourdissements plus ou moins persistants, mais pas d'accidents sérieux tels qu'abcès ou eschares.

Signalons, en dernier lieu, les préparations faites soit avec le lactate de mercure, le phosphate, l'acétate, le bi-iodure ou avec l'éthyl sublimé, etc.

Désireux, à mon tour, d'étudier cette question des injections sous-cutanées mercurielles au point de vue de la thérapeutique de la syphilis, surtout lorsqu'il s'agit d'accidents graves, d'accidents malins et de malades qui ne peuvent supporter les préparations hydrargyriques par la voie stomacale, je priai M. Delpech, pharmacien, mon collègue à la Société de thérapeutique, de me préparer une solution de peptonate de mercure. M. Delpech se mit immédiatement à l'œuvre avec un zèle dont je ne puis que le remercier. Voici la note qu'il m'a remise relativement à la solution de peptone mercurique ammoniacale qui m'a servi aux expériences que j'ai instituées à l'hôpital de Lourcine à partir du 12 avril 1881 :

« Pour répondre aux intentions de mon bien excellent ami, M. le docteur Martineau, qui désirait employer une préparation connue sous le nom impropre de peptonate de mercure, je me suis occupé, vers la fin de l'année dernière, de l'obtention de ce composé mercurique. Il s'agissait d'obtenir un produit où la peptone combinée au sublimé corrosif constituerait une préparation stable exactement dosée quant au sel mercurique, et pouvant fournir une solution de bonne conservation pour l'usage hypodermique.

« La peptone en général, et surtout la peptone sèche, doit être de prépara-

tion irrécusable; aussi ai-je dû me livrer à de nombreux essais avant d'obtenir la *peptone mercurique ammonique* dont voici la composition : Bichlorure de mercure 10 grammes, peptone sèche (de Catillon) 15 grammes, chlorure d'ammonium pur 15 grammes. 1 gramme de cette peptone mercurique ammonique représente 25 centigrammes de sublimé.

« Je me suis arrêté à cette formule parce qu'elle a fourni les meilleurs résultats; d'abord parce que la peptone sèche de M. Catillon est un produit exceptionnel comme pureté et comme préparation; ensuite parce que le chlorure d'ammonium pur est le meilleur dissolvant des substances albuminoïdes mercurielles, si faciles à précipiter.

« Comme j'ai pu observer que ce qu'on a dénommé peptonate de mercure se comporte exactement comme l'albuminate de mercure et fournit les mêmes réactions chimiques, j'ai augmenté la proportion de peptone sèche dans la préparation pour qu'elle soit en excès sur le sel mercurique, et j'ai préféré le chlorure ammonique aux autres chlorures alcalins, parce que le précipité qui se produit dans les solutions de peptone mercurique redevient soluble dans un excès de peptone, et surtout à la faveur d'une solution de chlorure d'ammonium pur. »

Solutions pour injections hypodermiques. 1° Peptone mercurique ammonique 40 centigrammes, eau distillée 30 grammes. Cette solution représente 4 milligrammes de sublimé par injection d'une seringue renfermant 120 centigrammes.

Cette préparation est de bonne conservation pour quelques jours.

En voici une plus stable : 2° Peptone mercurique ammonique 40 centigrammes, eau distillée 25 grammes, glycérine neutre 6 grammes. Même dosage que le n° 1.

La préparation suivante peut être considérée comme tout à fait stable : Glycérine neutre 36 grammes, peptone mercurique ammonique 40 centigrammes. Même dosage. 4 milligrammes de sublimé par seringue de 1gr., 20.

Depuis le 12 avril, 51 malades ont été traitées par les injections sous-cutanées avec la solution de peptone mercurique d'abord chlorurée sodique, puis ammonique et glycéree. Le nombre des injections pratiquées est, au 21 juin, de 751.

Au début de mes expériences, n'ayant aucun renseignement sur l'action locale et générale de cette solution, j'ai dû procéder avec lenteur et circonspection. Aussi ai-je commencé par une première série de malades, chez lesquelles j'injectai tous les trois jours une solution contenant 2 milligrammes de sublimé par centimètre cube. Parallèlement une deuxième série de malades était traitée tous les trois jours aussi par une solution plus concentrée (4 milligrammes de sublimé par centimètre cube). Le contenu d'une demi-seringue de Pravaz représentant 2 milligrammes de sublimé était injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané. Chaque série comprenait dix malades. Voyant qu'aucun accident local ou général ne survenait, j'instituai de nouvelles séries d'expériences. Les injections furent pratiquées tous les deux jours (3° série), puis tous les jours (4° série). La quantité de sublimé resta la même (2 milligrammes). Puis, pour obtenir des effets thérapeutiques plus prompts et m'assurer des doses de sublimé que l'on pouvait injecter dans le tissu sous-cutané, sans produire d'accident local ou général, j'augmentai la dose de sublimé. Ainsi 3 milligrammes furent injectés tous les jours (5° série); puis 4 milligrammes (6° série), et, enfin, 5 milligrammes (7° série). C'est la dose à laquelle je suis arrivé aujourd'hui. Cette dose, que j'expérimente seulement

depuis le 21 juin, est facilement supportée par les malades. La solution est plus concentrée; elle contient 8 milligrammes de sublimé par centimètre cube. Les malades n'accusent aucune douleur, il n'existe aucune réaction locale, et je n'ai vu survenir aucun accident d'hydrargyrie. Je me propose d'élever encore cette dose, de la porter successivement à 6, 7 et 8 milligrammes tous les jours. Je ferai connaître dans une deuxième note les résultats de cette nouvelle série d'expériences. Avant de mettre en relief les particularités intéressantes de cette expérimentation, je vais donner le résumé des observations recueillies avec le plus grand soin par mon excellent interne, M. de Molènes.

Quarante-sept observations à l'appui sont annexées à ce mémoire qui se termine par les considérations suivantes :

En résumé, de toutes ces observations, il résulte : 1° que, chez le plus grand nombre de malades, l'injection sous-cutanée d'une solution de peptone mercurique ammoniacale n'occasionne aucune douleur. Quelques malades seulement ont accusé une douleur plus ou moins vive durant parfois un jour, le plus ordinairement une heure, à la suite des premières injections; dès la cinquième ou sixième, la douleur ne se montrait plus; 2° que cette injection ne provoque aucune irritation locale, pourvu qu'elle soit pratiquée dans le tissu cellulaire sous-cutané; 3° qu'à la dose de 4 milligrammes de sublimé, il ne survient aucun phénomène d'hydrargyrie; qu'elle ne donne lieu notamment ni à la stomatite mercurielle, ni à un trouble gastro-intestinal; 4° que le sublimé associé à la peptone sèche, suivant la formule donnée par M. Delpech, et injecté sous la peau, possède une action plus prompte, plus rapide, sur les accidents syphilitiques, que le sublimé donné par la voie stomacale. A tous ces points de vue, donc, cette préparation est appelée à rendre de grands services dans la thérapeutique de la syphilis, et nous permet de revenir à l'emploi des injections sous-cutanées si délaissées par les médecins français.

Dans un second mémoire, je ferai connaître le résultat de mes nouvelles expériences ainsi que les doses qu'il faut atteindre pour avoir des accidents d'hydrargyrie.

DU VIRUS SYPHILITIQUE. — DE SA TRANSMISSIBILITÉ, par M. le Dr HORTELOUP.

— Leçons recueillies par M. LEPRÉVOST, interne du service. (*France médicale*, t. II, 1881.)

M. le Dr Horteloup a fait cette année des leçons cliniques dont le succès l'engagera sans aucun doute à les continuer les années prochaines. Nous ne pouvons résumer tous les points traités par le professeur sur le sujet; nous nous restreindrons à quelques-uns d'entre eux.

Après avoir rappelé la confusion qui régnait, il y a peu de temps encore, dans le diagnostic des maladies vénériennes que l'on rattachait toutes à l'infection syphilitique, M. Horteloup étudie les caractères du virus de la syphilis : « transparent, incolore et tout à fait comparable à du vaccin », sans caractère particulier qui puisse le faire reconnaître au microscope. Cependant Klebs a récemment décrit un champignon « hélico-monade » dans l'induration du chancre et il l'a cultivé avec succès (?). Aufrecht a décrit aussi un micrococcus spécial.

Bermann a étudié cette question, dit M. Horteloup, dans un article des *Archives de médecine* de New-York, décembre 1880, dont je dois la traduction à un de nos plus érudits confrères, le D^r L.-H. Petit.

« D'après Bermann, les organismes trouvés dans le chancre syphilitique se présenteraient : 1° sous forme de micrococcus, qui siègeraient principalement dans les lymphatiques dont ils envelopperaient les valvules, et 2° sous la forme de bactéries, qui n'existeraient que dans les artères. Les modifications survenant dans les lymphatiques ne se rencontreraient qu'à une certaine distance de la sclérose initiale.

En se basant sur ces recherches, Bermann pense que l'infection prend naissance par quelques germes ou micrococcus retenus dans une lésion de la peau ; absorbés par les lymphatiques, ils prendraient un grand accroissement, se multiplieraient, s'étendraient dans leur intérieur et finiraient par obstruer la circulation. Le résultat de ce travail amènerait une infiltration du tissu ambiant, cause de l'induration ; de petites particules pénètrent dans la circulation et sont portées dans différentes parties du corps, où elles se déposent dans les points les plus favorables à leur développement. Il expliquerait ainsi les métastases dans les différents organes et les altérations de la peau qui se produiraient par une extravasation du sang dans les capillaires de la peau, par arrêt de la circulation. Cette théorie conduit l'auteur à proposer la destruction complète du chancre et à préconiser les injections hypodermiques qui permettent l'introduction rapide dans les vaisseaux lymphatiques.

On sait aujourd'hui que le virus syphilitique ne se trouve pas seulement sur le chancre, mais aussi sur les éruptions qui le suivent. Le sang également est virulent, même avant l'apparition du chancre comme en fait foi un cas observé pendant l'épidémie de Rivalta. Disons, en passant, que ce fait seul juge la question de l'ablation du chancre et prouve bien que le chancre n'est que la première manifestation de l'infection générale. Cet état virulent du liquide sanguin s'expliquerait facilement s'il était prouvé qu'il contient, chez les syphilitiques, des bactéries et du mycélium en filaments, comme le dit Custer.

Passant en revue les différents modes d'introduction du virus dans

l'organisme, l'auteur cite la transplantation des dents, opération qui revient à la mode. Il existe des exemples de ce genre d'inoculation.

La vaccine est une des circonstances où la syphilis se communique le plus volontiers. L'épidémie de Rivalta est tristement célèbre entre toutes celles du même genre.

Le vaccin pur non mêlé de sang pris sur un sujet syphilitique ne donnerait pas la syphilis, mais comment peut-on répondre de sa pureté après les recherches de Robin, de Depaul, de Kléber (de Dantzig), qui ont constaté la présence des globules sanguins dans tous les vaccins examinés par eux. Dans tous les cas, on doit prendre certaines précautions : piquer légèrement la pustule vaccinale, ne pas faire saigner et ne pas racler pour obtenir le liquide vaccinal, etc.

Passant ensuite à l'étude de la transmissibilité pour l'allaitement et des questions de déontologie qui en découlent, l'auteur rappelle les travaux de M. Fournier sur ce point délicat. On doit retenir ceci, que le « jetage » du nez des petits enfants peut, en dehors de toute autre lésion syphilitique héréditaire, être cause d'infection pour la nourrice (H. Roger).

Enfin, il ne faut se compromettre ni envers les parents, ni envers la nourrice, ni envers soi-même : 1° envers les parents, c'est-à-dire de ne pas apprendre à la nourrice que la syphilis habite la maison qu'elle sert; 2° envers la nourrice : faire tout son possible pour qu'elle cesse d'allaiter, sans transgresser le premier précepte; 3° envers soi-même, c'est-à-dire se retirer dignement si l'on n'est pas écouté et ne se mêler à aucun arrangement d'indemnisation dans le cas où il ne serait déjà plus possible de prévenir le mal : c'est *affaire d'homme d'affaires*. G.

GOMMES SYPHILITIQUES ET TUBERCULOSE, par M. BRISSAUD, communication à la Société de biologie. (*Progrès médical*.)

Les descriptions microscopiques des *gommes syphilitiques* sont rares; mais, la plupart d'entre elles révèlent la grande analogie de ces lésions avec les *tubercules caséeux*. D'ailleurs, la même ressemblance à l'œil nu est, dans un grand nombre de cas, si frappante, que le diagnostic anatomopathologique pur et simple est parfois tout à fait impossible. Il n'est donc pas sans intérêt de rechercher si la constitution *folliculaire* que l'on a considérée, surtout depuis les travaux de M. Charcot, comme la caractéristique histologique des tubercules, se trouve aussi dans les produits caséifiés de la vérole tertiaire.

Des observations de Sabourin, relatives à la syphilis du foie, semblent démontrer qu'il en est réellement ainsi. Deux cas parfaitement nets d'orchite scléro-gommeuse que nous avons récemment étudiés plaident dans le même sens. Les masses caséuses dont se composent les foyers gommeux consistent en agglomération de follicules absolument identiques à ceux de la tuberculose. Ce n'est pas à dire pour cela que les processus tuberculeux et gommeux soient de tous points comparables. En effet, le follicule tuberculeux se développe primitivement à la périphérie des tubes séminifères sains, tandis que, dans le processus gommeux, le follicule prend naissance au sein de la trame scléreuse qui, déjà depuis un certain temps, a envahi le tissu interstitiel de la glande.

A plus forte raison ces faits sont insuffisants pour qu'on se croie autorisé à en tirer une conclusion favorable à l'identité de nature de la gomme et du tubercule. Mais ils permettent de définir plus nettement ce qu'on doit entendre sous le nom de gomme. En comparant surtout celles qui se présentent dans la syphilis hépatique et dans la syphilis cérébrale, on acquiert aisément la certitude que la transformation caséuse n'est pas l'aboutissant d'un processus banal, et que, par conséquent, ce n'est pas le même travail de prolifération cellulaire qui se termine indifféremment par caséification ou par sclérose. La transformation caséuse est exclusivement sous la dépendance de la formation folliculaire. Celle-ci est donc une lésion à part, se développant dans un tissu fibreux; c'est, en quelque sorte, un néoplasme surajouté à la sclérose, mais pouvant faire défaut, et dont les caractères sont si nettement tranchés que nulle altération organique, due à la syphilis tertiaire, ne peut être taxée de *gomme* si le processus folliculaire à tendance régressive n'en est le substratum microscopique.

En définissant ainsi la gomme, on ne s'expose pas à confondre avec les lésions que nous avons en vue une foule de productions morbides, dont les unes ne se ramollissent jamais, comme certaines exostoses, et dont les autres, comme certaines périostoses, ne se ramollissent qu'à la faveur de circonstances accessoires et vulgaires, telles que la suppuration.

M. LABORDE demande si la structure des gomme dans les différents tissus, tels que ceux du cerveau, du foie, etc., présente cette même analogie de composition avec le tubercule?

M. BRISSAUD. Bien que mes recherches n'aient spécialement porté que sur le testicule, j'avais déjà été frappé antérieurement de cette même ressemblance, à propos d'une gomme du cerveau.

G.

RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES, par OUDIN, interne des hôpitaux. Communication à la Société anatomique. (*Progress médical.*) — RÉSUMÉ.

Il s'agit d'un homme d'une constitution robuste, qui n'a jamais eu d'autre maladie qu'une syphilis, en 1876. Elle a été caractérisée par un chancre induré, une roséole et des plaques muqueuses, accidents qui ont été soignés par un traitement hydrargyrique, et, plus tard, par l'iodure de potassium. Le malade suivit ce traitement pendant environ 3 mois, et depuis lors il n'a rien pris.

Jamais, avant sa maladie actuelle, il ne toussait, il n'était pas sujet à s'enrhumer; en somme, il jouissait d'une parfaite santé.

Le malade fait remonter le début de son affection actuelle au mois d'avril de cette année ou au commencement de mai. Alors apparurent quelques quintes de toux, mais sans accès de suffocation. Cette toux devint de plus en plus pénible, et, au mois d'août, apparurent les premiers accès de suffocation; alors le malade s'essouffait très facilement, sa toux était si fréquente, réveillée par la moindre cause, qu'il fut obligé d'interrompre ses occupations pendant deux mois.

Au commencement d'octobre, il voulut reprendre son travail, mais ne put rester à son bureau plus de 15 jours; il éprouvait dans la poitrine de grandes souffrances, une sensation continuelle de gêne, d'oppression. Les nuits devenaient de plus en plus mauvaises, et, lors de son entrée à l'hôpital, il n'a pas dormi depuis 60 heures.

29 octobre. Le malade est en proie à une grande oppression, cornage intense; les yeux sont saillants, l'anxiété est extrême, le pouls petit, la face pâle, couverte de sueur. — Trachéotomie.

L'opération se passe très simplement; mais, une fois la canule en place, l'oppression et le cornage, le sifflement trachéal restent les mêmes. La persistance des symptômes indique assez que l'obstacle siège au-dessous du larynx et qu'il s'agit probablement d'un rétrécissement syphilitique de la trachée.

Pourtant, quelques heures après l'opération, apparut un mieux sensible qui alla s'accentuant le lendemain et le surlendemain. On sentait bien que l'obstacle subsistait toujours, mais la respiration était devenue plus facile. Cette amélioration ne fut que passagère; le 2, la dyspnée était devenue tout aussi prononcée qu'avant la trachéotomie, et, en même temps, l'auscultation faisait entendre aux deux bases quelques râles de bronchite.

5 novembre. La bronchite s'est généralisée, la dyspnée est extrême, les quintes de toux, continuelles et très pénibles. Le malade meurt le 6, à 7 heures du matin.

Autopsie le 7, 25 heures après la mort. — Les organes respiratoires enlevés ne présentent extérieurement rien de caractéristique ; on constate seulement, autour du tiers inférieur de la trachée, quelques ganglions un peu hypertrophiés ; le plus gros a le volume d'une amande. Ils sont mobiles sur la trachée et forment trois groupes répondant aux ganglions intertrachéobronchiques, trachéaux, latéraux et bronchiques. Aucun de ces ganglions, par son volume, ne peut comprimer le tube trachéo-bronchique.

Les poumons sont le siège d'une congestion œdémateuse considérable, leur tissu rouge lie de vin laisse écouler, à la coupe, beaucoup de liquide spumeux, partout il surnage.

La trachée, incisée en arrière dans toute sa longueur, montre la cause de l'obstacle à la respiration : c'est un rétrécissement qui occupe le quart inférieur de la trachée et l'origine des deux bronches dans une étendue de deux centimètres pour la gauche et de trois pour la droite.

Ce rétrécissement est formé par une tuméfaction considérable de la muqueuse, à la surface de laquelle se remarquent de petites ulcérations disséminées, variant du diamètre d'une pièce de 50 centimes à celui d'une lentille ; la plupart sont superficielles : l'une, pourtant, laisse apercevoir dans son fond un point blanc qui n'est autre chose qu'un cartilage nécrosé. Enfin, en certains points, la muqueuse, comme déchiquetée, cache des petits trajets fistuleux sous-muqueux, au fond desquels on ne trouve pas de cartilages à nu. Un de ces trajets perfore de part en part la paroi de la trachée et vient aboutir à un ganglion intertrachéo-bronchique droit, creusé d'une petite géode, ce ganglion a tout au plus le volume d'une noisette.

La tuméfaction de la muqueuse est telle que le calibre de la trachée et des bronches est presque complètement obstrué et laisserait tout au plus passer une plume d'oie. A partir des premières divisions bronchiques, la muqueuse redevient parfaitement saine. Les autres organes ne présentent rien à signaler.

Cette observation est intéressante, mais il n'est pas question d'examen histologique de la pièce, de sorte qu'un certain doute subsiste sur la nature syphilitique de la lésion.

G.

ATROPHIE SYPHILITIQUE DES DENTS. (*Journ. de méd. et chir. prat., et Union médicale.*)

M. Parrot rattache à la syphilis héréditaire certaines altérations atrophiques des dents, qui ont été considérées par beaucoup d'auteurs comme résultant des pyrexies de l'enfance et, par M. Magitot, de l'éclampsie.

Ces altérations peuvent être groupées selon cinq types, dont l'étude intéresse le praticien au point de vue du diagnostic souvent difficile de la syphilis héréditaire :

1° *Atrophie cuspidienne*. C'est la plus importante. La partie altérée semble libre au milieu de la dent et paraît en retrait sur la partie saine, dont elle est séparée par une sorte de sillon, et dont elle diffère par sa friabilité et sa teinte ocreuse. C'est la surface triturante de la première molaire qui est le plus souvent atteinte.

2° *Atrophie cupuliforme*. Les incisives médianes supérieures, larges et hautes, présentent sur leur face antérieure ou postérieure de petites dépressions en cupules, en nombre variable, de une à huit rangées régulièrement sur une ligne horizontale. Ce type paraît être la lésion élémentaire fondamentale des autres formes, avec lesquelles elle coexiste fréquemment ;

3° *Atrophie sulciforme*, en sillon, étudiée particulièrement par Magitot. Sillons horizontaux, rarement obliques ou verticaux, au nombre de un à trois, parallèles, siégeant habituellement sur les incisives, séparés par une sorte de boursoffure de l'émail et paraissant formés par une série de très petites cupules ;

4° *Atrophie en hache*. Ne s'observe que dans la première dentition aux incisives supérieures médianes. Amincissement, selon les bords, de la partie moyenne de la dent ; l'extrémité libre gardant sa largeur primitive ;

5° *Atrophie en scie*. Encoches siégeant surtout sur les incisives supérieures médianes. Hutchinson établit un rapport d'étiologie entre cette forme et certaines kératites qu'il appelle hérédo-syphilitiques.

DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DANS LA SECONDE ENFANCE ET CHEZ LES ADO-
LESCENTS, par M. le D^r ROUSSEL. (*Arch. de méd.*)

Le problème est de ceux qui sollicitent la curiosité et l'intérêt des médecins. Soulevé récemment, il a été résolu avec plus de foi peut-être que de preuves. Tandis qu'on avait nié jusqu'à ces dernières années l'existence d'une syphilis héréditaire après l'enfance, on a affirmé non-seulement sa possibilité, mais on l'a accusée d'une foule de lésions de l'adolescence. On obéissait ainsi à la tendance de notre temps qui porte les médecins à faire intervenir la syphilis dans tant de maladies dont on ne la supposait pas responsable. Où est la vérité ?

On comprend que ce compte rendu sommaire ne se prête pas aux développements que comporte une pareille discussion. En principe, la syphilis infantile se développe du 1^{er} au 7^e mois de la vie. Comment a-t-il été donné à Hutchinson d'observer 64 cas de syphilis héréditaire tardive, en s'en tenant à la seule observation de l'œil ? L'auteur s'en étonne, et prenant la question par son vrai côté, il se demande jusqu'à quel point on n'a pas confondu la syphilis juvénile acquise avec l'héréditaire.

Une série de chapitres à signaler, originaux et bondés de faits, est consacrée à la syphilis acquise de l'enfant, à sa fréquence, à ses lésions, à leur localisation et au traitement. Incidemment, des exposés de détail qui prouvent que l'auteur est au courant des objections et des controverses. Ainsi les lésions dentaires, attribuées tantôt au rachitisme, tantôt à la syphilis, attribuables à d'autres maladies survenant à l'âge de la deuxième dentition, sont l'objet d'un substantiel examen.

Parmi les régions où se montrent les syphilides tertiaires des jeunes sujets, le D^r Roussel fait, avec son maître, le D^r Hubert, de l'ulcère temporal un signe exceptionnellement probant. Cet ulcère avoisine le petit angle de l'œil et aurait été souvent rapporté, par erreur, à la scrofule. La monographie se termine par quelques observations destinées à montrer l'innocuité de l'iodure même à hautes doses chez les enfants syphilitiques.

SYPHILIS REBELLE, INJECTION SOUS-CUTANÉE DE PEPTONATE DE MERCURE.

(Marseille médical.)

Un homme, d'une constitution robuste, âgé de 35 ans, entraît il y a quelque temps à l'hôpital de la Conception de Marseille, pour des accidents syphilitiques secondaires, caractérisés par une éruption papulo-squameuse occupant tout le corps, et principalement le front, la face antérieure de la poitrine et le dos. Ces accidents étaient accompagnés d'une pléiade ganglionnaire fortement accusée.

L'accident primitif avait été un chancre induré du frein, et, deux mois plus tard, étaient apparus les phénomènes propres à la période secondaire ; croûtes dans les cheveux, plaques muqueuses de la gorge, etc.

Le traitement anti-syphilitique institué dans toute sa rigueur (protiodure de mercure associé à la gentiane, chlorate de potasse, sirop de Gibert, bains sulfureux, etc.), resta sans résultat, et la maladie continua sa marche. L'œil gauche fut atteint d'une névro-rétinite. Au traitement ci-dessus mentionné, on ajoute 20 centigrammes de calomel en dix paquets.

Malgré cette médication, continuée pendant plusieurs semaines, aucune amélioration n'étant survenue, on eut recours aux injections hypodermiques de peptonate de mercure à la dose de 1 centimètre cube par injection, ce qui équivaut à 1 centigramme de sublimé corosif. Ce nouveau traitement amena promptement d'heureux effets : au bout de quatre injections, les papules s'étaient affaïssées ; elles avaient pâli. Enfin, une dizaine de jours après la première injection, non seulement la décoloration était complète, mais les phénomènes plus graves qui s'étaient montrés du côté de l'appareil de la vision avaient à peu près complètement disparu.

L'action du peptonate de mercure, dans ce cas, a été d'autant plus manifeste que, la cessation des injections sous-cutanées ayant amené une nouvelle poussée quinze jours plus tard, tout rentra de nouveau dans l'ordre sous l'influence du peptonate de mercure employé une seconde fois.

G.

L'IODURE DE POTASSIUM PEUT-IL PROVOQUER LA MALADIE DE BRIGHT. (*Journal de méd. de Paris.*)

A propos des fortes doses qui sont conseillées et souvent administrées dans le traitement de la syphilis, il est extrêmement important de

savoir si l'iodure de potassium peut provoquer le mal de Bright? Le professeur Edmonson Otkinson, de l'Université de Maryland, appelle l'attention sur le grand nombre de cas traités dans la syphilis avancée, qui présentent, après la mort, des traces évidentes de maladie rénale, et sur ce fait que l'affection rénale syphilitique, dans sa lésion caractéristique, la gomme, est comparativement rare, tandis que les formes morbides que l'on rencontre le plus souvent ne sont pas syphilitiques. En cherchant la cause qui peut produire ces modifications, tout à fait indépendantes de l'empoisonnement syphilitique, le Dr Otkinson conclut que, puisque l'iodure de potassium a une action diurétique et qu'il peut en même temps produire l'apparition de l'albumine et de cylindres dans l'urine, comme les cliniciens le savent, l'usage prolongé de ce remède peut, dans quelques cas, amener les changements observés.

C'est pourquoi il a réuni une série d'observations portant sur 70 cas de syphilis ancienne, parmi lesquels 49 présentaient des altérations rénales évidentes plus ou moins graves. Dans ces cas, la coïncidence que l'on observait entre l'administration de l'iodure de potassium et l'apparition de l'albumine et des cylindres épithéliaux ou hyalins était de toute évidence; de même que, dans beaucoup de cas, on voyait disparaître les éléments anormaux après la cessation du remède. Le caractère de la lésion paraissait de nature catarrhale et l'apparition des cylindres dans l'urine le fait de l'irritation rénale. Cependant, dans aucun cas, cette inflammation ne s'est étendue au parenchyme rénal; mais, dans un cas, l'emploi systématique et à pleine dose de l'iodure a eu pour résultat de faire disparaître une lésion rénale syphilitique qui existait antérieurement. La conclusion de l'auteur est que, bien que les lésions produites par l'iodure de potassium soient de peu d'importance et, pour la plupart du temps, transitoires, la production d'altérations plus graves n'est pas impossible et même est probable. Certains individus sont plus susceptibles que d'autres à ces manifestations morbides.

Quand on connaît la fréquence des inflammations rénales chroniques, il est permis de formuler quelques réserves sur ces néphrites, sol-disant produites par l'iodure.

G.

REVUE ÉTRANGÈRE

DERMATOLOGIE

ÜBER SYSTEMATIK DER HAUTKRANKHEITEN (DE LA CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU), par le professeur SCHWIMMER.

De tout temps on a considéré comme un des *desiderata* les plus importants de la médecine scientifique de réunir les différentes formes morbides et de choisir les propriétés caractéristiques d'un groupe d'affections pour pouvoir les apprécier d'une manière plus juste. C'est sur ce principe que se sont développées les classifications dermatologiques dont les variations ont été celles des doctrines médicales elles-mêmes. L'anatomie, la physiologie, la pathologie ont alternativement servi de point de départ à tel ou tel système ; toujours on s'est efforcé de grouper les familles morbides et leurs sous-espèces par des rapprochements naturels ou artificiels.

Si l'on fait abstraction des systèmes métaphysiques ou construits d'après des analogies mathématiques, qui étaient très usités autrefois, et d'autre part, de la classification philosophico-naturelle, qui pendant longtemps a régné sur la médecine, il ne reste à étudier qu'un petit nombre de classifications qui puissent prétendre à la durée. Il y a peu de groupes de maladies qui aient été classés d'une manière aussi nette que les affections de la peau ; on a essayé de les catégoriser à l'aide de systèmes artificiels très variés, pour arriver à apprécier les lésions morbides. Galien et Celse, déjà à une époque où la notion d'une maladie de la peau n'avait pas de signification nosologique, avaient entrepris de réunir ces affections suivant une classification naturelle, mais le respect sacré qu'on avait de la science infallible des anciens auteurs mit obstacle à toute espèce de progrès, et ce ne fut que longtemps après que l'on essaya de grouper, sans les modifier, dans quelques misérables classes, les désignations et les noms traditionnels de maladies. Je me bornerai à rappeler les plus anciennes classifications de Mercurialis et de Riolan ; toutes les deux remontent

aux premières années du XVII^{me} siècle. Ces auteurs avaient entrepris, à l'exemple de Galien, de donner une idée générale des maladies de la peau, de pénétrer leur nature encore inconnue. Depuis cette époque, jusqu'à la classification de Hebra, de nombreux systèmes se sont produits qui ne présentent plus qu'un intérêt historique. En effet, toutes les autres classifications devinrent inutiles, par suite de celle du chef de l'école de Vienne, enlevé trop tôt à la science ; cette classification repose sur des bases solides et a pour point de départ l'anatomie pathologique. Les anciens systèmes étaient, pour la plupart, artificiels : tantôt on a pris pour base l'étiologie, tantôt les phénomènes extérieurs. Mais déjà on pouvait reconnaître dans Plenck, Willan et leurs successeurs une certaine tendance vers les classifications naturelles, et après beaucoup d'essais malheureux, les doctrines de Rokitansky donnèrent une impulsion à laquelle le système anatomo-pathologique doit son origine. Déjà le fondateur de ce système reconnut que cet « Essai d'une classification des maladies de la peau », comme Hebra le nommait lorsqu'il le fit paraître pour la première fois en 1845, « contenait de nombreuses lacunes et imperfections » ; toutefois, dans l'espace de trente ans, pendant lesquels il fut la gloire de l'école de Vienne et le premier dermatologiste de son temps, il n'a trouvé aucun motif de modifier sa classification primitive. Et cependant, grâce aux nombreuses conquêtes réalisées en médecine et aux nouvelles doctrines qui renversaient certaines idées traditionnelles, il lui eût été facile d'apporter quelques améliorations à la classification primitive et de soutenir, par de nouvelles additions, l'édifice un peu chancelant. Toutefois, Hebra maintenait pour absolument juste et vrai le système qu'il avait mûrement médité et qui provenait de recherches scientifiques. D'autre part sa foi profonde en la solidité de la base anatomo-pathologique lui permit de persister énergiquement dans ses opinions primitives. La classification de Hebra était l'expression de son caractère : ce qu'il considérait comme vrai et juste, aucune influence extérieure ne pouvait le modifier dans son esprit.

Dans ces conditions, les successeurs et les disciples du maître purent facilement faire disparaître les déficiences, même les éluder tout à fait et compléter la classification suivant les besoins. Non seulement les élèves immédiats de Hebra firent dans cette voie des tentatives plus ou moins heureuses, mais partout il se trouva des défenseurs zélés et autorisés pour utiliser pour des travaux ultérieurs l'impulsion provenant de l'école de Vienne. La classification de Hebra fut simplifiée sur deux points : 1° quelques-uns réduisirent le nombre des classes ; 2° d'autres conservèrent les divisions primitives, mais introduisirent dans le cadre dermatologique des formes morbides qui ne se trouvaient pas jusqu'à ce moment dans la classification anatomo-pathologique. Neumann et Bulkley entre au-

tres ont cherché à réaliser le premier *desideratum* en groupant les différentes familles morbides en dix et même en neuf classes. Neumann, dans la dernière édition de son ouvrage, a supprimé la classe des ulcères et a réuni dans une seule et même division les néoplasmes bénins et les néoplasmes malins sous le nom de « néoformations » ; Bulkley, de ce système déjà simplifié, a enlevé encore les anémies comme classe indépendante.

Dans son traité des maladies de la peau publié en hongrois, à Budapesth, et dont la première partie remonte à 1874, l'auteur a entrepris d'élargir le cadre dermatologique tout en conservant le même nombre de classes. Voici quelles sont les principales modifications proposées par le professeur Schwimmer :

L'auteur part de l'idée que les anémies cutanées ne forment le substratum d'aucune maladie : cette opinion est d'ailleurs partagée par d'autres auteurs (Bulkley et l'association dermatologique américaine). D'après cette hypothèse, tout état morbide appréciable sur la peau est occasionné par un processus congestif qui a son siège dans les vaisseaux sanguins ou dans les nerfs qui les régularisent, ou du moins par une modification dans l'action de ces derniers (comme dans les anomalies de sécrétion et les irritations provoquées par des parasites qui déterminent des formes morbides secondaires). Il considère donc comme non justifiée la création d'une classe d'anémies cutanées, il croit ne devoir tenir compte que d'une façon restreinte des modifications visibles sur la peau dues au manque de sang, et les hyperémies et les anémies cutanées ne sont que des sous-divisions d'une classe à laquelle il donne le nom d'anomalies dans la « répartition du sang ». D'autre part, il trouve qu'un grand nombre de maladies de la peau, qui proviennent d'un contagion spécifique — quoique encore inconnu — n'occupent pas une place précise dans la classification anatomopathologique. Pour arriver à une systématisation complète et répondant à toutes les exigences, il est nécessaire d'établir une classe particulière de maladies dues à une altération du sang, il a par conséquent remplacé le groupe des anémies par celui de la syphilis cutanée. Si l'on réfléchit que Hebra, qui avait rompu avec la doctrine des crases, poussait pratiquement la dermatologie dans un ordre d'idées dont Virchow a donné plus tard, dans sa pathologie cellulaire, la théorie et l'explication la plus large ; d'un autre côté, si l'on étudie avec soin les classes qu'il a d'abord établies et successivement élargies, on trouve que son plan primitif excluait complètement le processus syphilitique de la peau. Mais, dans la rédaction de son grand *Traité des maladies cutanées*, ce projet fut abandonné, et Kaposi, son collaborateur, s'est efforcé de combler cette lacune, en étudiant, à propos de la description des ulcères, les processus syphilitiques ulcéreux, c'est-à-dire une partie pour le tout.

Il est inutile, ajoute le Dr Schwimmer, d'indiquer les motifs pour lesquels il est absolument nécessaire d'introduire en dermatologie les maladies syphilitiques. Elles forment avec les maladies vénériennes une grande famille nosologique et elles méritent une place à part. Les formes locales d'ulcères, les affections blennorrhagiques, ainsi que les accidents constitutionnels proviennent fréquemment d'une seule et même cause; beaucoup d'affections qui ne sont pas absolument semblables doivent être réunies par suite de leur origine. Mais, pratiquement, il en est tout autrement, car les syphilides ne sont, à partir de leur forme initiale et pendant toute la série des néoformations et de désagrégation, que des dermatoses, tout comme les exanthèmes aigus fébriles, qui, préparés par la maladie du sang, provoquent sur la peau et sur les muqueuses de nombreuses modifications. Dans les deux cas, on voit survenir des maladies de la peau dont il faut rechercher le siège dans le sang, lesquelles ne représentent qu'une partie du processus morbide et peuvent traverser les organes internes sans produire de lésions consécutives, ou bien y déterminent des troubles graves. L'helcose vénérienne, l'induration, les syphilides maculeuse, pustuleuse, squameuse et autres doivent donc figurer dorénavant dans la classification dermatologique, car dans l'étude des maladies de la peau, il est impossible de faire sans elles un diagnostic différentiel et aucun dermatologiste ne peut négliger des affections, qui, s'il s'agit d'une description concrète, présentent des analogies avec des affections idiopathiques. Malgré sa vénération et sa reconnaissance pour son professeur et son maître, Hebra, l'auteur croit qu'il est nécessaire d'introduire cette modification — et il n'est pas le seul de cet avis — dans une classification qu'il adopte du reste sur tous les autres points. Tous les traités de dermatologie publiés dans ces dernières années rendent hommage aux principes fondamentaux de l'école de Vienne; on a ajouté les processus syphilitiques dans la classification, à l'exemple des anciens dermatologistes, Willan, Alibert, Rayer, Bielt, Cazenave, Gibert, Devergie, etc. Seulement, les uns plaçaient ces processus dans un appendice, comme une famille morbide spéciale (Bielt, Alibert, Baumès, Wilson), les autres comme un des groupes indépendants qu'ils joignaient aux scrofulides (Hardy, Bazin). L'anatomie pathologique, qui a développé les études histologiques, a montré la voie à suivre. Elle enseigne que ces formations sont occasionnées par des proliférations cellulaires, et elle considère les maladies syphilitiques comme des néoplasmes du tissu conjonctif. Par conséquent, Neumann, Bulkley et Auspitz ont rangé ces processus dans les processus néoplasiques. Kaposi, dans son dernier ouvrage (1879), tout en conservant intacte la classification de Hebra, a étudié les syphilides à la suite des ulcères cutanés, par conséquent à une place qui ne leur convient peut-être pas tout à fait. Behrend qui, dans la rédaction

de son *Manuel sur les maladies de la peau*, s'est inspiré des idées de Hebra, a également éliminé les syphilides de sa classification; elles constituent un appendice des dermatoses.

Comme on vient de le voir, il existe une lacune considérable dans la classification du chef de l'école de Vienne, bien que ce soit cependant la meilleure et celle qui est généralement adoptée. La plupart de ses élèves et de ses continuateurs, animés du même esprit que lui, ont assigné aux syphilides une place déterminée par leur manière de voir et leur jugement.

On adopta immédiatement la classification de l'école de Vienne, en raison de son caractère essentiellement scientifique, et les écoles de l'Occident, qui autrefois donnaient le ton en dermatologie, s'y rallièrent peu à peu. Les Anglais qui par l'intermédiaire de Willan, déjà à la fin du siècle précédent, avaient préparé les voies à une classification des maladies de la peau qui a servi de règle pendant plusieurs dizaines d'années, doivent à Wilson une classification clinique contenant 22 classes, et plus tard une seconde n'en renfermant plus que 19. Cette classification, par suite de la grande considération dont l'auteur jouit dans son pays, doit être considérée comme faisant autorité, malgré les légères modifications qu'on y a introduites dans ces vingt dernières années. Ils ne paraissent pas avoir absolument adopté une classification anatomo-pathologique, bien qu'ils aient apprécié l'influence réformatrice de Hebra.

Si l'on examine les tentatives faites par les médecins français et américains, on doit avouer que, depuis le commencement de ce siècle, les premiers ont été les créateurs d'une doctrine dermatologique, tandis que les seconds, en opposition à l'esprit conservateur des Anglais et insouciant de leur observance rigide, se sont montrés dans les dix dernières années des partisans singulièrement zélés du progrès dans cette branche spéciale de la médecine. L'école de Paris a poursuivi autrefois diverses tendances qui se sont traduites par les systèmes naturels établis par Alibert et Rayet, remplacés plus tard par d'autres, et spécialement par celui de Bazin; ce médecin a eu une certaine influence, mais il est resté cantonné dans la théorie des crases. Ce dernier est à peine parvenu surtout par son système artificiel à élucider cette question si compliquée. Mais c'est dans Hardy et Cazenave que se trouve la doctrine la plus naturelle; le premier, en 1836, et le second en 1868, ont publié chacun une classification; celle de Cazenave (1) n'est peut-être pas généralement acceptée en France, bien que ce soit celle qui se rapproche le plus de la clas-

(1) L'auteur fait ici erreur: c'est de Rayet et non de Cazenave qu'il s'agit. La classification de Rayet est bien antérieure à celle de Hebra qui n'a fait que la développer; c'est là un point que nous avons établi ailleurs. (V. Trad. annotée de Kaposi, par Besnier et A. Doyon.

sification anatomo-pathologique. Cazenave (1) divise les dermatoses en huit groupes : inflammations, troubles de sécrétion, hypertrophies, processus de dégénérescence, hémorragies, névroses, affections occasionnées par la présence de parasites et affections des annexes de la peau (maladies des poils et des ongles). Cette classification si différente des anciennes classifications françaises, ainsi que les renvois aux doctrines de Hebra, ne permettent pas de douter que l'auteur s'est inspiré des théories anatomo-pathologiques. Dans ces derniers temps, il n'est sorti, à la connaissance de l'auteur, aucun livre important de l'hôpital Saint-Louis, ce berceau de la dermatologie française, renfermant quelque chose de nouveau au point de vue la classification. Guibout est même revenu aux lésions primaires de la peau établies par Willan et Plenck. Ainsi que cela résulte d'un article nécrologique sur Hebra, publié par E. Besnier, la nécessité d'une classification scientifique est devenue indispensable, même pour l'école française. Voici ce qu'il dit : « L'introduction des doctrines de l'école de Vienne a eu une grande influence sur le développement de la dermatologie française ».

L'étude anatomique est actuellement le trait caractéristique de cette école ; les travaux de détail qui la distinguent et qui sont consignés dans les dernières années des *Annales de dermatologie*, témoignent d'une activité extraordinaire sur le terrain des recherches et d'une productivité remarquable.

L'école américaine actuelle (?) montre un très vif intérêt pour l'étude de la dermatologie et le matériel considérable disposé avec méthode qui est contenu dans les *Archives of dermatology* indique non seulement la direction prudente, mais encore les efforts sérieux de l'association dermatologique américaine. Cette association a adopté une classification élaborée par le rédacteur en chef de ces archives, Bulkley, mais elle n'est, en réalité, qu'une modification de la classification anatomo-pathologique. On peut être surpris de trouver cette classification reproduite chaque fois *in extenso* dans trois années presque consécutives de ce recueil. Puisque l'auteur désire avoir un jugement critique sur son travail (cette classification est ouverte à la critique et l'auteur serait heureux de recevoir quelques communications et indications sur ce sujet), il lui sera sans doute agréable d'avoir une opinion venant d'un confrère étranger. Tout en lui rendant cette justice que la classification américaine est un abrégé exact et rationnel de celle de Hebra, elle ne réalise cependant aucune réforme, car avec la suppression des anémies et des processus ulcératifs et la réunion en une seule classe des productions hétéroplasiques et homéoplasiques, elle subsiste intégralement, sauf quelques différences dans le groupement des maladies. On ne saurait, en effet, considérer comme des

(1) Voir la note de la page précédente.

transformations radicales certaines modifications de détail, comme le déplacement des espèces morbides ou de légères améliorations dans les dénominations; mais selon le professeur Schwimmer il n'est pas facile de comprendre pourquoi Bulkley, qui accepte complètement les principes fondamentaux de l'école de Vienne, pense avoir établi une nouvelle classification avec les seules différences signalées ci-dessus (cet arrangement notablement modifié et simplifié constitue, dit-il, une nouvelle classification que l'on peut désigner sous le nom de classification américaine). Toutes les objections valables contre le système de Vienne le sont également contre celui-ci et, en dehors de la réduction du nombre des classes, on ne voit pas quelles sont les améliorations réalisées.

Pour toutes les personnes impartiales, il résulte de cet exposé que la classification proposée par Hebra, il y près de quarante ans, a été généralement admise. La diffusion de ses doctrines et la traduction de ses œuvres dans les principales langues étrangères ont beaucoup contribué à ce résultat.

A. D.

(A suivre.)

A CASE OF INFLAMMATORY FUNGOID NEOPLASM, BY LOUIS A. DUHRING.
Archiv. of Dermat. 1879-1880.

Partie histologique. — Sur des coupes d'un morceau de tumeur de la tête, MM. Duhring et Longstreth ont constaté que :

L'épiderme est absolument sain. Quelques papilles sont plus courtes et plus larges qu'à l'état normal; en certains points, elles sont presque complètement aplaties.

Tout le derme, depuis l'extrémité des papilles jusqu'au tissu conjonctif sous-cutané, est infiltré d'une grande quantité de cellules embryonnaires, fortement tassées. Les parois des follicules pileux et des glandes ainsi que les parois des vaisseaux sanguins, qui sont dilatés par places, sont infiltrées de cellules.

Les cellules qui constituent l'infiltrat rappellent celles que l'on rencontre dans le lupus et d'autres inflammations de la peau; en un mot, elles présentent l'aspect de cellules embryonnaires, mais quelques-unes ont l'apparence d'éléments fibro-plastiques. « Ces cellules sont englobées lâchement dans un stroma de tissu conjonctif, le plus souvent ténu et de structure très délicate (page 48). » En beaucoup d'endroits l'infil-

tration cellulaire est tellement dense que toute trace du derme a disparu.

Sur des coupes de la tumeur de la joue, les auteurs précédents ont pu constater une structure à peu près analogue. Toutefois, ils y ajoutent quelques particularités qu'il importe de noter. Ils disent, en effet, à la page 49 que : « La tumeur de la joue est constituée par une infiltration de cellules très abondantes, multiformes, contenues dans un délicat réseau de tissu conjonctif, disposé d'une façon particulière. » Autant que nous pouvons en juger, d'après la description et les dessins de ces histologistes, ce réticulum, prononcé surtout dans la couche moyenne du derme, proviendrait de la dissociation des fibres conjonctives de la peau par l'infiltrat cellulaire. Mais un peu plus loin il semblerait qu'ils font entrer, dans la constitution de la tumeur, du tissu conjonctif, ou au moins du tissu fibro-plastique, de nouvelle formation. « En certains points, disent-ils, la disposition du néoplasme présente un aspect frappant ; il est constitué par des colonnes nombreuses, longues, minces, à peu près équidistantes et constituant une sorte de réticulum... Entre ces trabécules, il existe des espaces qui contiennent un tissu conjonctif très mince, d'aspect gélatineux, et reconnaissable seulement à un fort grossissement... Les cellules qui forment ces trabécules sont fortement unies les unes aux autres, et même fusionnées en quelques points. »

MM. Duhring et Longstreth, après avoir considéré la tumeur à son état de développement comme de nature inflammatoire et en avoir fait une sorte de granulome, qui plus tard deviendrait du fibro-sarcome, la comparent aux cas, analogues peut-être, qu'ils ont trouvés dans les auteurs. Ils ne considèrent pas leur néoplasme comme comparable à ceux décrits par Köbner (*Klinische Mittheilungen aus der Dermatol. und Syphilis*, Erlangen 1864) sous le nom de « tumeurs de la peau multiples, fungoïdes, papillomateuses. » (On sait que ces tumeurs avaient été étudiées par Köbner, à l'hôpital Saint-Louis, dans les services de MM. Hardy et Bazin, ce dernier avait fait de ces deux cas des mycosis fungoïdes). Malheureusement, l'examen histologique de Köbner n'est pas discuté par les auteurs américains. M. Duhring a plutôt de la tendance à rapprocher son observation de celles étudiées par Hébra (voir *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1874). Geber a donné de l'observation du premier cas d'Hébra, un examen histologique qui se rapproche assez de celui des auteurs américains. Dans le deuxième cas d'Hébra, chose réellement extraordinaire, on n'aurait trouvé « qu'une hypertrophie des éléments normaux de la peau ».

M. Duhring termine en disant : « qu'il ne pense pas que le néoplasme, étudié par lui, soit simplement de nature inflammatoire ; que peut-être on doit le placer entre l'inflammation et les néoformations. Selon lui, on ne peut actuellement le ranger parmi les sarcomes, ju :

ce qu'on ait du moins modifié la classification de ces tumeurs. Il vaudrait mieux ne pas la classer et ne pas lui donner de nom que de mal la définir. »

Le Dr Heitzmann, qui a fait également un examen histologique de cette tumeur, concordant assez avec celui des auteurs précités, la considère comme un sarcome devenu en quelques points du fibrosarcome.

On voit, d'après les examens histologiques précédents et les opinions assez différentes des histologistes, que M. Duhring a agi avec une prudence toute scientifique en se bornant à faire de son néoplasme une description histologique minutieuse, sans en tirer des conclusions précipitées.

Il est à regretter toutefois que les histologistes américains n'aient pas pincéauté quelques-unes de leurs préparations, ce qui leur aurait peut-être permis de préciser davantage la nature de « ce délicat réseau de tissu conjonctif disposé d'une façon particulière... ce tissu conjonctif, le plus souvent ténu et de structure délicate... ce tissu conjonctif, très mince, d'aspect gélatineux et reconnaissable seulement à un fort grossissement... qui englobe les cellules de l'infiltrat » et dont ils parlent au commencement de leurs descriptions histologiques. Cela eût été d'autant plus important, que M. Duhring repousse complètement (sans toutefois nous en donner ses raisons histologiques) l'idée de mycosis fongoïde.

En somme, l'observation du savant dermatologiste américain semble constituer un cas exceptionnel, non décrit, de tumeur cutanée se rapprochant peut-être des deux observations de Hébra, et auquel, avec ce regretté dermatologiste, on fera sagement, jusqu'à plus ample informé, de se borner à donner le nom de « néoplasme ».

HENRI LELOIR.

ZUR KLINISCHEN CHARAKTERISTIK DER LEPROSY ANAESTHETICA (*Caractéristique clinique de la lèpre*), par le professeur ROSENTHAL.

Dans le dernier numéro des *Annales*, nous avons donné le résumé d'une observation de lèpre publiée par le docteur Breuer ; ce cas a été soumis à M. le professeur Rosenthal, de Vienne, qui a cherché à élucider cette forme de lèpre en se plaçant au point de vue neuro-pathologique.

Il s'agit d'un malade âgé de 24 ans, originaire de Jérusalem, lequel, 10 ans auparavant, avait passé une nuit d'hiver dans une forêt. A son réveil, il avait éprouvé un violent frisson ; il se précipita dans une cabane

voisine pour se réchauffer. Les jours suivants, accès de fièvre avec vives douleurs consécutives dans les membres ; puis, il lui survint, aux doigts et aux orteils, des bulles qui donnèrent lieu à une sécrétion jaunâtre. Ce n'est que dans la suite qu'apparurent des nodosités sur différentes régions du corps et la rétraction graduelle des mains et des pieds.

Le malade avait un aspect cachectique. Le professeur Rosenthal trouva une parésie des filets supérieurs et moyens du facial gauche, surtout prononcée lorsque le malade parlait. L'œil gauche ne pouvait se fermer que d'une manière incomplète. Sur le front, et notamment sur la joue gauche, des nodosités de la grosseur d'une noisette, brun-rougeâtre, brillantes comme de la cire. Sur le bulbe du côté gauche, en dehors et en bas, une nodosité ayant à peu près le volume d'une noisette.

Sur les membres supérieurs et inférieurs, on sentait des infiltrations sous-cutanées dures, de la grosseur d'un haricot, et très sensibles à la pression. Au voisinage des articulations des mains et des pieds, les nodosités étaient réunies en groupes compacts. Près du coude droit, ulcération pénétrant jusqu'aux ligaments et aux os. Dans la gouttière épitrochléenne, le nerf cubital se présentait sous forme d'un cordon dur, visiblement épaissi, sensible à la pression, et que l'on pouvait suivre sur une certaine étendue dans sa portion supérieure. Les mouvements du bras et de l'avant-bras étaient conservés ; les doigts étaient écartés les uns des autres d'une manière irrégulière, et déformés par la perte partielle des phalanges (notamment de la seconde), les dernières phalanges étaient terminées en massue et pourvues d'ongles rudimentaires. La surface dorsale des mains était recouverte de sillons profonds ; la peau en ces points, était notablement épaissie, et il était difficile d'y faire des plis. La pulpe du pouce et du petit doigt de chaque côté était fortement atrophiée, la préhension était très difficile.

Sur les membres inférieurs, on voyait, à partir du bord, des portions de peau arrondies ou plutôt dentelées (cicatrices de la peau), brunâtres, d'une teinte blanchâtre au centre, surtout sensibles au niveau des rotules. Les orteils étaient rétractés et déformés comme les doigts ; les pieds avaient un aspect lourd, la marche était difficile. Les mouvements des cuisses sont plus rapides et plus énergiques que ceux des jambes. Sur le dos, de petites plaques blanchâtres disséminées. L'omoplate gauche était visiblement plus élevée que la droite.

Disparition de la sensibilité tactile et diminution de la sensibilité farado-cutanée de la surface cutanée du tronc, du dos, des parties latérales et postérieures de la cuisse. Dans la région du nerf cubital, disparition presque complète de la sensibilité électro-cutanée ; elle était notablement diminuée dans la sphère des nerfs radial et médian de chaque

côté. Si l'on électrisait les plexus des bras ou des troncs nerveux correspondants, il n'y avait aucune sensation à la périphérie malgré les mouvements convulsifs. On obtenait les mêmes résultats par l'irritation galvanique ou faradique des nerfs des membres inférieurs.

La diminution de la sensibilité était en outre d'autant plus prononcée qu'on se rapprochait des cicatrices blanchâtres de la peau, aux cuisses au-dessus des rotules; dans tous ces points, la peau était complètement insensible aux piqûres et à l'électrisation. Toutefois, même sur la peau saine en apparence des régions latérales de la partie inférieure des cuisses et des mollets, on pouvait enfoncer une longue aiguille sans provoquer la plus légère douleur. Le malade ne percevait même plus les différences de température. Au contraire, les réflexes tendineux étaient notablement augmentés. Le réflexe rotulien était très prononcé même à un léger choc.

Quant à la réaction électrique des muscles et des nerfs, elle était très différente sur les diverses parties du corps. Elle était tantôt normale, tantôt considérablement diminuée ou complètement abolie. L'état des muscles parétiques du côté gauche de la face était normal par rapport au courant galvanique et faradique. Ici les muscles supérieurs et moyens de la face étaient envahis, et la nodosité lépreuse en question pouvait bien avoir provoqué une légère infiltration des gaines nerveuses du facial. Suivant Carter, on rencontre en Norvège bien plus souvent et à un bien plus haut degré des paralysies de la face ainsi que des difformités des membres d'origine lépreuse.

Aux membres supérieurs de ce malade, des courants d'insensibilité moyenne déterminaient une réaction évidente du côté des nerfs et des muscles. Sur la pulpe fortement atrophiée et paralysée du pouce et du petit doigt de chaque côté, l'irritabilité galvanique et faradique était abolie, il en était de même pour les interosseux. Aux membres inférieurs, une forte irritation du nerf crural ainsi que des muscles de la cuisse donnait lieu à de violentes secousses. Au contraire, la réaction des nerfs péronier et tibial des deux côtés était très faible, même avec une forte faradisation, ainsi qu'avec un courant de 30 éléments de Siemens. Il en était de même de la réaction du tibial antérieur, des muscles péroniers et de ceux du mollet.

Il résulte de l'ensemble des phénomènes ci-dessus indiqués et des notions fournies par l'électricité que les troubles bilatéraux, étendus et profonds indiquaient certains processus morbides dans les centres. La perte de la sensibilité dans le territoire de certains nerfs spinaux, ainsi que dans les régions de la peau du tronc qui paraissaient saines, les troubles de nutrition à marche progressive et les formations périphériques, l'atrophie et la paralysie des muscles de la main, la disparition, la diminu-

tion de l'irritabilité électrique, l'augmentation anormale des réflexes tendineux, enfin la légère lassitude des jambes, tous ces phénomènes pathologiques permettaient d'admettre une affection des centres et surtout des centres spinaux.

Déjà dans leur ouvrage sur la lèpre, Danielssen et Boeck ont signalé la consistance plus dure et l'atrophie de la moelle épinière, la coloration jaune sale de la substance grise et la raréfaction des cellules ganglionnaires. On a constaté sur la face postérieure de la moelle de la méningite qui s'étendait parfois aux racines postérieures. Du reste, il en est de même des modifications inflammatoires observées sur les nerfs périphériques que plus tard Virchow, Bergmann considérèrent comme une péri-névrite consistant dans la dissociation et la disparition des tubes nerveux par prolifération cellulaire interstitielle.

Vingt ans plus tard, Steudener a trouvé dans un cas de lèpre un ramollissement considérable (transformation colloïde) de la substance grise de la moelle épinière, surtout dans les cornes postérieures et dans la commissure grise. On considéra comme une simple complication la présence dans les nerfs du bras d'une prolifération conjonctive. Dans un cas observé ultérieurement par Langhans, on a constaté, outre le ramollissement des cornes postérieures et de la commissure grise, la même lésion des colonnes de Clarke. A leur place, il y avait une cavité qui traversait obliquement la moelle épinière, et au point où la dégénérescence était la plus prononcée (gonflement du cou et de la partie supérieure de la poitrine), la substance grise paraissait complètement dissociée. C'est au voisinage du ramollissement que l'on voyait surtout un amas de cellules qui donnait au processus le caractère d'une myélite. Les cordons postérieurs et latéraux étaient le siège d'une dégénérescence grise au niveau de la moelle cervicale supérieure.

Dans ces derniers temps, Tschirjew a vu, à l'autopsie d'un lépreux, que le canal central de la moelle cervicale était rempli de cellules rondes, et que les cellules des cornes postérieures et des colonnes de Clarke étaient atrophiées. Les veines de la moelle étaient congestionnées; petites hémorragies dans les parties antérieures de la corne postérieure, corpuscules rouges du sang extravasés dans les fentes de la substance grise. Cellules des cornes antérieures tout à fait normales. Racines postérieures des nerfs seulement épaissies en quelques points. Il était impossible de suivre les ganglions spinaux ainsi que les troncs nerveux. Sur les coupes de la peau des phalanges, on trouvait seulement des fibres de tissu conjonctif qui renfermaient de petites cellules rondes, et ce n'est que çà et là qu'on pouvait voir entre ces fibrilles des débris de tubes nerveux dégénérés.

On peut donc admettre que, dans la lèpre anesthésique, les segments

postérieurs des cornes grises et des fibres de la commissure sont le siège de modifications profondes qui ont des rapports intimes avec la sensibilité. Les dégénérescences inflammatoires qui existent dans les cordons nerveux périphériques vont de pair avec les troubles dans les centres spinaux. Il s'agit de savoir si la myélite des cornes postérieures est le phénomène primitif occasionnant une névrite descendante consécutive, ou au contraire si la névrite est le processus primaire qui amène la lésion des centres gris sensibles ? Quelques phénomènes morbides initiaux permettent de placer l'origine du processus dans le système nerveux périphérique. Comme dans le cas actuel, il peut survenir, à la suite d'un refroidissement intense, avec fièvre, des irritations nerveuses des membres qui amènent rapidement la formation de bulles, et plus tard de nodosités. Les processus irritatifs provoqueraient d'après cela des modifications actives de tissu dans la peau, et, par l'intermédiaire des nerfs cutanés, envahiraient par les troncs nerveux mixtes spécialement les filets de la sensibilité, plus les plexus, les racines postérieures, et s'étendraient ensuite aux colonnes postérieures grises.

D'après les expériences de Tiesler, Feinberg et Klemm, l'inflammation artificielle provoquée sur l'ischiatique des animaux se propage au tissu cellulaire qui entoure la dure-mère, sous forme de pachyméningite, et peut, dans certains cas, donner naissance à de la méningomyélite. A l'ouverture du canal médullaire dorsal, on trouve au point d'émergence du plexus ischiatique un foyer inflammatoire dans la moelle spinale avec production abondante de cellules granuleuses et de corpuscules de pus.

L'opinion de certains pathologistes sur la propagation centripète de l'affection primitive des nerfs périphériques s'appuie principalement sur la théorie de Friedreich, relative au développement de l'atrophie musculaire progressive. Cette dernière affection provient, suivant cet auteur, d'une inflammation musculaire chronique progressive qui gagne les nerfs intra-musculaires, les troncs nerveux, les plexus et les racines antérieures, et détermine des dégénérescences secondaires dans les colonnes grises antérieures.

Le plus grand nombre des observateurs considèrent cependant l'affection comme étant d'origine centrale, nerveuse ; ils s'appuient sur ce fait que la dégénérescence des racines antérieures n'est pas proportionnelle à l'intensité momentanée de la lésion des colonnes antérieures, que les combinaisons avec d'autres lésions spinales, avec les altérations trophiques des os et des articulations, ainsi qu'avec les scléroses circonscrites des cordons, indiquent une origine médullaire.

De la même manière, on peut, dans la lèpre anesthésique, démontrer qu'elle ne provient pas de processus nerveux ascendants. Malgré la pré-

sence d'altérations inflammatoires dans les centres spinaux et dans les troncs nerveux, on ne peut suivre les processus centripètes, puisque, dans toutes les observations faites en dernier lieu, on a trouvé les racines postérieures intactes. Dans le cas décrit ci-dessus, la conductibilité électrique était conservée dans les cordons nerveux plus rapprochés du centre, elle manquait, au contraire, dans les nerfs périphériques. L'expérience enseigne en outre que des névrites avec productions hyperplasiques considérables indiquent une faible tendance aux migrations.

Enfin, il faut encore remarquer que, dans la lèpre dite tuberculeuse, malgré une névrite interstitielle prononcée, la moelle dorsale ne présente aucune lésion (Böeck et Danielssen). Dans deux cas de lèpre, Leyden n'a pu reconnaître aucune trace de lésion ni dans la substance ni dans les colonnes grises de la moelle dorsale. Ces faits sont donc en opposition avec l'opinion qui veut que la lèpre des Grecs ait pour origine une névrite qui n'envahirait que secondairement la moelle dorsale.

Il faut donc considérer la myélite des cornes postérieures comme la cause première et déterminante la lèpre et la névrite ascendante comme un processus secondaire.

La myélite des colonnes postérieures grises que l'on peut désigner sous le nom de poliomyélite postérieure chronique permet d'expliquer les phénomènes suivants : l'état primaire d'irritation des cellules ganglionnaires donne lieu aux douleurs névralgiques initiales dans la lèpre ; l'accroissement de la lésion centrale amène des troubles de conductibilité pour la sensibilité des deux côtés dans la sphère des racines, des plexus et des nerfs au point de produire une diminution générale de la sensibilité cutanée ; l'invasion des centres trophiques détermine des troubles considérables dans la nutrition des parties périphériques ; les réflexes tendineux augmentent, aussi longtemps, suivant Westphal, que les faisceaux des cordons postérieurs sont encore intacts.

La myélite en foyers détermine, dans certaines formes, la tuméfaction inflammatoire et l'épaississement des nerfs (Maunkopf et Leyden ; des inflammations et des néoformations périphériques à marche progressive ininterrompue avec tendance spéciale à la destruction et à la gangrène ; enfin la paralysie et la disparition des muscles avec perte de l'irritabilité électrique.

L'atrophie musculaire progressive observée aux mains dans le cas cité ci-dessus, qui existait aussi chez un malade de Lamblin prouvent que les modifications inflammatoires des cornes postérieures grises peuvent quelquefois aussi envahir les cornes antérieures. Comme signe de cette altération, on voyait dans le cas de Tschirjew, dans la partie dorsale des cellules de la corne antérieure peu de prolongements et des contours

moins visibles, tandis que la partie lombaire présentait de nombreuses cellules ganglionnaires bien formées avec nombreux prolongements. Dans le cas de Langhans, l'infiltration cellulaire existait dans les parois des vaisseaux qui pénétraient par le sillon longitudinal antérieur dans la commissure blanche et dans les colonnes antérieures grises. En outre, le ramollissement des cornes postérieures s'étendait sur les cordons postérieurs et latéraux voisins qui étaient le siège d'une dégénérescence grise.

On pourrait examiner encore ici une lésion typique que l'on rencontre dans l'atrophie musculaire progressive ainsi que dans la lèpre anesthésique, la formation d'une cavité centrale dans la moelle spinale. Cette cavité qui se trouve à l'intérieur de l'organe central dans une étendue longitudinale considérable peut survenir comme arrêt de développement (hydromyélie) ou exister comme processus acquis (syringomyélie). Cette dernière occupant les parties centrales de la moelle dorsale est due une néoformation hypertrophique de l'épendyme, et au développement de la cavité par désagrégation centrale. La dilatation continue de cette cavité peut amener l'atrophie des cordons postérieurs et par l'envahissement des colonnes grises antérieures le développement de l'atrophie musculaire progressive.

Un canal analogue dans la substance centrale grise est signalé dans les cas de lèpre cités par Steudener et Langhans. Par la dilatation colossale des cornes postérieures, des colonnes de Clarke et de la commissure grise, il survient une cavité traversant obliquement la moelle dorsale (principalement dans les parties cervicale et thoracique), à la suite de la désagrégation d'un foyer de myélite ramolli. Il y avait surtout ici destruction des cornes postérieures et de la commissure qui s'observe souvent dans la syringomyélie sans altération essentielle de la structure.

Enfin il faut noter au point de vue étiologique que dans la lèpre anesthésique, même lorsqu'elle apparaît d'une manière endémique dans des contrées et des climats déterminés, l'hérédité ou certaines conditions extérieures peuvent créer une moindre résistance, une disposition à la maladie de la substance spinale grise postérieure. D'après les mêmes raisons on voit, sous l'influence de l'hérédité ou des causes extérieures, survenir l'atrophie musculaire progressive. Dans d'autres cas, ces productions cellulaires apparaissent en même temps que des scléroses du cordon spinal, ou bien c'est la substance médullaire blanche qui fournit le terrain pour les tendances aux dégénérescences de certains cordons nerveux. Dans ces derniers temps, Jarish, à Vienne, a trouvé les colonnes grises altérées dans différentes maladies de la peau. Ce ne sont que des études cliniques et anatomiques ultérieures, faites avec soin,

qui pourront faire progresser nos connaissances sur la topographie fonctionnelle de la moelle dorsale.

(*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, n° 4 de 1881.)

A. D.

WEITERE BEITRAGE ZUR ÄTIOLOGIE DER LEPRO (CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE DE LA LÈPRE), par le D^r ALBERT NEISSER.

La nature parasitaire de la lèpre ne paraît plus douteuse aujourd'hui ainsi qu'en témoignent les travaux de Hansen, Heiberg, Carter, Klebs, Éklund, Danielssen, Bidentrop, Neisser, Cornil, etc. Neisser avait déjà fait connaître le résultat de ses premières recherches, faites en Norvège, dans un *mémoire* publié en décembre 1880, la communication actuelle en est le complément ; ces nouvelles recherches ont été faites à Grenade.

Le D^r Neisser a examiné tous les produits pathologiques qui surviennent dans le cours de la lèpre, et, dans les cas qu'il a eu l'occasion d'étudier, il a toujours constaté la présence d'une forme spéciale de bacilles. Il a rencontré des bacilles dans les néoplasmes de la peau, dans les nodosités circonscrites, dans les infiltrations plus diffuses qui envahissent la face entière. Les bacilles ont presque toujours leur siège à l'intérieur des cellules lépreuses grosses, arrondies, décrites par Virchow ; ils remplissent tout leur protoplasma, ou plus habituellement, on trouve plusieurs petits agglomérats circonscrits de 6 à 7 bâtonnets disposés longitudinalement. Quelquefois 2 à 3 sont placés les uns derrière les autres dans le sens de la longueur, en sorte qu'il paraît y avoir un long filament, ou bien les bacilles se projettent dans toutes les directions, de manière à former un tas épais l'un au-dessus de l'autre. Dans ce dernier cas, on trouve des bacilles allongées, lisses, outre de nombreux bâtonnets plus courts et de petites particules granuleuses. La quantité et la forme des bacilles déposés dans les cellules modifient aussi ces dernières quant à leur volume et à leur constitution chimique.

Les cellules tuméfiées dépassent partout, en grosseur, les corpuscules blancs du sang, comme on peut le voir dans les dessins donnés par l'auteur. La couche cellulaire la plus profonde, située dans les tissus conjonctifs et graisseux sous-cutanés, contient, outre de nombreuses cel-

lules lymphatiques non modifiées, les cellules tuméfiées les plus jeunes et les plus petites, avec relativement peu de bacilles dans le protoplasma. En s'élevant peu à peu vers la partie supérieure, les cellules augmentent de volume, renferment plusieurs noyaux, mais sans devenir des cellules épithélioïdes vraies ou des cellules géantes. Le protoplasma reste toujours trouble comme dans ces formes. Les plus anciennes couches touchent à une couche de tissu conjonctif susépidermique lequel courant en ligne horizontale, privé de son cône muqueux descendant, mais d'ailleurs normal, sépare seulement le stratum épithélial fortement pigmenté de l'infiltration du chorion.

Cette couche la plus supérieure contient proportionnellement le plus grand nombre d'agglomérats très gros, arrondis, nettement limités, qui, non colorés, ont un éclat semblable à de la cire, et prennent, au contraire, dans l'aniline, une teinte foncée, presque homogène. Ces « *globes* » sont seulement très infiltrés de bacilles et de leurs produits, et représentent des cellules en dégénérescence.

Les bacilles s'accroissent dans la sphère d'une cellule aussi longtemps que l'espace et les conditions de nutrition de celles-ci le permettent. Alors commence la désagrégation des bâtonnets en détritits granuleux. La base protoplasmaticque des cellules se maintient extraordinairement longtemps, tandis que l'infiltration des bacilles est détruite. Plus tard, ou par des causes déterminées (par exemple, une dermatite aiguë) les cellules et les bacilles disparaissent. Dans le premier cas, il se produit successivement des vacuoles dans les cellules, si les bacilles sont disposés en petits amas. Elles se désagrègent en un détritits granuleux et laissent après leur disparition de petites cavités dans les cellules. Les hémorragies, les pigmentations avec dépôt de pigment intercellulaire et entre les fibres du tissu conjonctif, ne jouent un rôle plus important que dans les périodes finales des processus lépreux, si les vaisseaux sanguins, qui sillonnent en grand nombre l'infiltration lépreuse, et celle-ci elle-même, c'est-à-dire les cellules et les bacilles disparaissent. Outre les grosses cellules lépreuses, on voit, dans les filaments longitudinaux traversant l'infiltration, des cellules étroites de tissu conjonctif, aussi celles-ci sont-elles infiltrées de bacilles, formant le plus souvent des faisceaux un peu plus gros que d'ordinaire et de petites cellules qui ne diffèrent en rien des cellules migratrices; celles-ci sont libres de bacilles. On trouve des cellules grasses en grand nombre surtout dans les couches profondes du tissu conjonctif infiltré et dans les filaments de tissu qui s'élèvent entre les foyers lépreux. On trouve peu de bacilles libres entre les cellules et dans les filaments de tissu conjonctif.

L'auteur n'a jamais rencontré de bacilles dans les vaisseaux sanguins.

Par contre, la disposition totale de l'infiltration se comporte suivant la structure des vaisseaux sanguins et lymphatiques ascendants. Les glandes sudoripares et les glandes sébacées ne sont jamais atteintes primitivement, et sont affectées, au plus haut degré, par la maladie des vaisseaux et du tissu conjonctif péri-glandulaire.

Les lésions de la muqueuse, de la bouche, du palais, du larynx présentent les mêmes caractères que celles de la peau ; il en est de même des cartilages épiglottique et thyroïdien, de la cornée, des testicules, de l'épididyme, du foie, de la rate, des glandes lymphatiques.

Mais la présence des bacilles est particulièrement importante dans les nerfs périphériques ; car elle rattache sûrement à une lésion pathogénique, la distinction jusqu'à ce jour cliniquement établie des symptômes tuberculeux et anesthésiques, et explique la si grande différence de ces diverses formes morbides. — Dans la plupart des nerfs qu'il avait examinés auparavant, l'auteur s'était vainement efforcé de combler cette lacune parce qu'il avait toujours eu affaire à des formes morbides anciennes, achevées : cordons interstitiels de tissu conjonctif et atrophie des fibres nerveuses. Chez un lépreux mort d'une maladie aiguë, intercurrente, l'auteur a eu l'occasion de reconnaître, d'une manière positive, sur un nerf depuis peu de temps envahi, l'identité du processus interstitiel des nerfs périphériques avec les néoplasmes lépreux de la peau, et de constater la présence des bacilles dans les grosses cellules pénétrant entre les fibres et les faisceaux nerveux.

Dans les moelles examinées jusqu'à présent (mais d'une manière incomplète), on a trouvé des foyers circonscrits bien distincts qui avaient amené la destruction du tissu nerveux. Toutefois, l'auteur n'est pas encore à même de s'expliquer sur les caractères de ces foyers. — Cependant, il lui paraît plus probable que toutes les anomalies que l'on connaît, comme le complexus symptomatique de la lèpre anesthésique, doivent être rapportées à une affection primaire interstitielle des nerfs périphériques occasionnée par les bacilles : troubles de la sensibilité, atrophie musculaire avec augmentation des noyaux, formation interstitielle de tissu conjonctif et de graisse, bulles de pemphigus et affections mutilantes des articulations.

Ces micro-organismes sont des bâtonnets fins et grêles, quelques-uns légèrement effilés aux deux extrémités, ayant la longueur de $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ des corpuscules rouges du sang de l'homme ; leur largeur est $\frac{1}{4}$ ou moins de leur longueur ; rectilignes ou légèrement recourbés, ils ressemblent le plus souvent aux petits bacilles que Koch a dessinés pour la septicémie des souris, seulement ils ne sont pas aussi fins que ceux-ci.

Au lieu d'une bacille grêle, on trouve très souvent de petites particules

granuleuses, symptômes de désagrégation ou signes d'un processus progressif, d'une multiplication. Enfin il existe une enveloppe muqueuse d'une étendue proportionnelle.

Outre les bacilles plats, on trouve les deux formes suivantes :

1° Des bâtonnets renflés à l'une, ou aux deux extrémités ; ou encore dans le milieu. La longueur de ces bâtonnets à un ou plusieurs grains est très variable. Les bâtonnets portant un seul renflement sont plus longs qu'un bacille, mais plus courts que deux bacilles, tandis que les filaments à plusieurs renflements sont plus grands que deux bacilles. Ces filaments sont rarement rectilignes, le plus souvent au point où est le renflement ils présentent un angle obtus, quelquefois aussi un angle aigu ; on trouve, en outre, des bâtonnets ayant à une de leurs extrémités un prolongement en forme de lancette. Les bacilles pourvus de petits renflements sont doués de mouvement à l'état frais. L'addition d'un peu d'eau rend les mouvements plus vifs (Hansen).

2° Des bâtonnets avec 1, 2 ou 3 lacunes claires (décolorées), remplissant presque toujours toute la largeur du bâtonnet, mais dont les parois latérales sont encore visibles. Ça et là la tache claire paraissait être plus rapprochée d'une paroi que de l'autre. L'espace clair intermédiaire est toujours plus petit que les membres intermédiaires colorés.

3° Enfin un troisième processus de croissance, que l'on observe soit dans des cultures, soit dans des tubercules introduits dans la cavité abdominale des animaux vivants, est le développement des bacilles en filaments qui sont environ quatre fois plus longs qu'un bâtonnet ordinaire. Ceux-ci sont réunis en amas comme les bacilles ordinaires, parallèles ou entrecroisés d'une manière irrégulière. Par analogie avec d'autres formes de bacilles, l'auteur incline à admettre que les bâtonnets avec grains ou avec lacunes sont des spores.

Relativement aux bactéries pathogéniques, le bacillus malariae présente peut-être quelques analogies avec ces dernières. Dans ce parasite, on trouve notamment le phénomène si frappant indiqué par l'auteur, de deux modes de développement en grain et en lacune (1).

(1) Dans leur premier travail détaillé, E. Klebs et C. Tomasi Crudeli (Études sur la cause de la fièvre intermittente et de la malaria. *Arch. f. exper. pathol.*, XII), disent « que les bacilles se détachent en différentes parties, mais qu'avant ou après ce processus il se développe des spores dans leur intérieur. » Planche IV, fig. 1 et 2. (Cette forme correspondrait à la production des lacunes du bacille de la lèpre). — Cubani et Marchiafava donnent au sujet de la période de développement un dessin (pl. III, fig. 6 du tome XIII de ces *Archives*. Nouvelles études sur la nature de la malaria), qui donne une idée claire de nos spores en grains de la lèpre. En appendice, dans ce même tome XIII, page 279, on trouve la note suivante de Tomasi Crudeli : « La figure 6 des dessins qui accompagnent le travail de

Actuellement il est encore impossible, d'après ces observations isolées, d'établir l'histoire du développement complet du bacille de la lèpre, puisque on n'a jamais vu le développement successif chez un même individu.

L'auteur a pu ainsi établir qu'on trouve une forme déterminée de bacilles, revenant d'une manière typique, partout où il existe un néoplasme lépreux ; en outre, que ces bacilles s'accroissent par production de spores à l'intérieur du corps comme dans des cultures.

Il reste donc à démontrer : 1° que ces bacilles et spores sont la cause des néoplasmes, 2° que c'est la voie par laquelle ils se répandent dans le corps.

En ce qui concerne le premier point, on n'a pas de donnée positive. Toutefois cette supposition est si bien fondée que, dans la série des maladies à bactéries, la lèpre, en tant qu'affection provoquée par le bacille peut se rattacher à la fièvre récurrente, à l'endocardite ulcéreuse, etc., malgré toutes les lacunes dans la connaissance botanique du parasite.

C'est, en première ligne, la constance absolue de la présence des bacilles dans tous les néoplasmes lépreux, c'est là un fait que l'on a observé dans le matériel lépreux provenant de la Norvège, de l'Espagne, de la Guyane, des Indes orientales, de la Roumanie, du Brésil, de la Palestine.

Mais, ajoute l'auteur, on peut démontrer qu'avec la présence du bacille de la lèpre, l'évolution typique d'une cellule migratrice en cellule de tissu conjonctif subit cette altération, dont le résultat est désigné depuis Virchow sous le nom de *cellule lépreuse*. Lorsque les mêmes faits se reproduisent toujours, on peut en conclure que la forme spécifique et l'espèce de cellule lépreuse sont occasionnées étiologiquement par le bacille spécifique.

Relativement à la voie que suivent les bacilles pour se répandre dans le corps, il y en a deux : les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques ; mais le sang dans des conditions ordinaires ne paraît

Cubani et Marchiafava représente probablement une phase de désagrégation du primitif, en un mot, peu avant le dégagement des spores.

En effet, à cette période le diamètre des spores paraît toujours plus grand que celui des bâtonnets, tandis que l'on peut constater le rapport de proportion inverse dans nos dessins (voy. tome XI, fig. 1, 2, 7, 4). Cette période de désagrégation s'observe chez l'homme le plus souvent, lorsque l'accès fébrile est déjà complètement développé. — Au commencement de l'accès (à la période de froid), on observe au contraire des formes correspondant à la figure 8, planche III, qui sont prises dans le sang de différents malades. Il me semble qu'on doit considérer comme des transitions graduelles, les formes qui sont dessinées dans la figure 6 de la même planche, et qui concordent complètement avec celles que nous avons observées.»

renfermer ni bacilles ni spores (1); il est donc permis de supposer que transport se fait principalement par les vaisseaux lymphatiques.

On peut donner à l'appui de cette manière de voir les motifs suivants:

1° La disposition des infiltrations autour de l'adventice des vaisseaux sanguins qui contiennent des espaces lymphatiques en grand nombre, tandis que, dans les vaisseaux sanguins eux-mêmes, on ne trouve pas de bacilles.

2° L'observation clinique qui démontre que les premières éruptions ainsi que les poussées des tubercules surviennent sur la peau avec des inflammations érysipélateuses.

Il ne se produit jamais de suppuration en ces points (ainsi que le disent unanimement les observateurs norvégiens et espagnols), c'est là un point en rapport avec le caractère spécial de cette affection qui est de même nature que l'érysipèle.

On peut admettre que, dans ce transport des spores dans l'érysipèle, le système vasculaire sanguin n'est pas envahi. Malheureusement l'auteur n'a pas eu l'occasion d'examiner et d'étudier le sang de parties non lépreuses de la peau pendant un de ces accès.

Les guérisons obtenues par des pansements avec l'acide chrysophanique démontrent que des inflammations superficielles de la peau sont suivies de semblables phénomènes de résorption.

3° Les expérimentations faites sur les animaux indiquent que, sans lésion des vaisseaux sanguins, les bacilles et les spores peuvent se propager.

On trouve les bacilles dans les cellules de l'enveloppe du tissu conjonctif loin du tubercule central enkysté. Ils pourraient donc n'être venus, en ce point, que par migration dans les espaces intercellulaires (dans lesquels on les a trouvés), ou par des corpuscules blancs du sang qui, par cette marche centrifuge, étaient arrivés en ce point.

Certains tissus possèdent une immunité physiologique contre l'invasion des bacilles, par exemple, toutes les formations épithéliales (poils, glandes, réseau de Malpighi).

4° Ce qui confirme encore l'opinion que les vaisseaux lymphatiques renferment des spores ou des bacilles, c'est la tuméfaction considérable des glandes lymphatiques contenant de nombreux bacilles, et leur grande sensibilité dans toutes les affections érysipélateuses qui accompagnent les éruptions. S'appuyant sur tout ce qui précède, l'auteur émet l'hypothèse suivante pour la lèpre :

(1) Ern. Gaucher a constaté la présence de bactéries dans le sang des lépreux (Soc. de Biologie, 11 déc. 1880). Ce fait est contraire aux opinions généralement admises.

1° La lèpre est une véritable maladie de bactéries (Bacterienkrankheit) provoquée par une espèce spéciale de bactéries.

2° Ces bacilles apparaissent dans l'organisme comme tels, ou plus vraisemblablement comme spores et restent en incubation, pendant un temps plus ou moins long, suivant les circonstances, dans des dépôts (*Depositorien*), peut-être les glandes lymphatiques. La durée de l'incubation est très variable dans la lèpre elle-même, si on la compare à celle des autres maladies infectieuses. La résistance physiologique de l'organisme humain est d'autre part aussi prononcée que le développement de ces bacilles est faible. L'incubation et la marche de la maladie paraissent d'ailleurs être beaucoup plus rapides dans les pays tropicaux que dans les régions de l'Europe où règne la lèpre.

3° De ces dépôts, la maladie se répand ensuite dans le corps, principalement : a) dans la peau, surtout dans les régions qui sont exposées aux lésions extérieures : la face, les mains, les coudes et les genoux ; b) dans les nerfs périphériques (*lèpre anesthésique*). Les autres organes, les testicules, la rate, la cornée, les cartilages, le foie sont moins envahis.

4° Les bacilles, c'est-à-dire les spores, donnent lieu à des inflammations dans des organes contenant des vaisseaux sanguins, ou à une immigration provenant de la périphérie dans les points où il n'y a pas de vaisseaux sanguins ; mais ces cellules lymphatiques (et cellules fixes ?) constituent ensuite les matériaux pour le néoplasme lépreux. L'action spécifique des bacilles transforme la cellule migratrice en cellule lépreuse ; sa forme, sa marche et sa disparition sont caractéristiques.

5° Probablement la lèpre est une maladie infectieuse et ses produits spécifiques sont contagieux : cellules des nodosités, suc du tissu et pus contenant des bacilles ou des spores viables. Par contre, tout pus de lépreux n'est pas infectieux, car celui-ci ne contient pas de bacilles, pas plus que le contenu des bulles de pemphigus.

La maladie peut naturellement être non seulement directement contagieuse, mais aussi indirectement par des objets, etc., si ceux-ci transportent ou communiquent des bacilles ou des spores. Toutefois, plus que dans les autres maladies de bactéries, la susceptibilité de l'individu à être infecté a une grande importance.

6° Enfin, la lèpre n'est pas transmissible par hérédité. (*R. Virchow's, Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, tome 84, n° 3, 1881.)

CAMPANA ROBERTO, professore della R. Universala di Genova. — NOTE CLINICHE ED ANATOMICHE SULLA LEPRO (NOTES CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR LA LÈPRE). *Anali universali di medicina d'Omodei*, vol. 255, avril et mai 1881.

A peu près éteinte parmi nous, la lèpre n'a jamais cessé de se montrer sur quelques points du littoral ligurien et dans la Sicile. On se rappelle les beaux travaux dus à la plume de Giuseppe Profeta, de Palerme; et l'an dernier, nous eûmes l'occasion de relater, à cette place, quelques recherches faites sur cette maladie par Campana. Aujourd'hui, s'appuyant sur seize cas bien observés, ce laborieux professeur de Gênes vient de publier une étude très intéressante sur cette maladie; il a pu faire une autopsie et scruter avec tout le zèle d'un histologiste consommé les lésions disséminées qui avaient emporté son malade. C'est donc une bonne fortune à la fois pour la clinique et pour l'anatomie pathologique que le travail dont nous allons résumer les traits principaux :

Partie symptomatologique. Ici l'auteur a noté avec soin plusieurs manifestations peu connues encore. Tels sont les épaississements de l'albuginée, l'hypertrophie de la rate, l'existence de certains groupes de muscles atrophiés, la production d'abcès gangréneux péri-anaux, la tuméfaction des nerfs et l'élévation de la température.

Les abcès péri-anaux se sont présentés de la façon suivante :

Le malade, sans avoir souffert de fistules anales, de tumeurs hémorrhoïdales ou de constipation habituelle, paraissait jouir d'une nutrition assez bonne, quant aux systèmes squelettique et musculaire; à deux reprises subitement, sans cause connue, on vit se former une induration sous-cutanée sur un côté de la marge de l'anus, en deux points différents. Au bout de trois ou quatre jours, le ramollissement, ayant eu lieu, on constata le développement d'une tumeur fluctuante, peu douloureuse, peu chaude, laquelle, après ouverture, donna issue à une matière séro-sanguinolente mêlée de pus et contenant quelques lambeaux de tissus nécrosés. L'élimination, une fois produite, la cicatrisation se fit en très peu de temps.

Pour l'auteur, il s'agit là d'une eschare sous-cutanée ayant déterminé une phlogose périphérique; les raisons apportées à l'appui de cette manière de voir sont les suivantes : 1° aucune autre cause ne peut être invoquée; 2° il y avait tout autour une légère diminution de la sensibilité; 3° l'aspect de la lésion était celui d'une lésion lépreuse; 4° la guérison s'est faite avec une grande rapidité, comme elle se fait habituellement dans la lèpre après l'élimination des parties mortifiées; 5° l'évolution offre

les caractères particuliers à la lèpre ; 6^e la même lésion s'est produite deux fois chez le malade.

L'*hyperthermie* de la peau a été signalée déjà par l'auteur dans un travail précédent. Citons quelques chiffres :

Obs. I. — Homme malade, de 49 ans, dont le membre supérieur gauche est couvert de macules ; le droit n'ayant qu'une seule tache :

ÉPAULE GAUCHE.	ÉPAULE DROITE.	DIFFÉRENCE.
26 novembre. 38°, 9	37°, 9	1°
27 — 36, 6	34, 2	2, 4
28 — 36, 8	34, 8	2°
29 — 37, 7	34, 6	2, 1
30 — 36, 9	33, 1	1, 8
1 ^{er} décembre. 37, 2	33, 5	1, 7
2 — 27, 7	36, 4	1, 3

Le fait est donc bien établi : pour l'expliquer, on peut mettre en avant les troubles circulatoires apportés dans la région par l'évolution des éléments maculeux ou tuberculeux ; et dans le cas où la peau paraît saine, la lésion des nerfs dont l'enveloppe est plus ou moins infiltrée par le granulome. Enfin l'auteur pense que l'élévation de température pourrait être observée comme conséquence directe, non de la névrite, mais des paralysies plus ou moins étendues qu'entraîne la maladie ; c'est chose commune, en effet, dans les paralysies périphériques que les modifications de la chaleur, élévation au début, et plus tard algidité, conséquence indubitable des paralysies vaso-motrices.

Partie anatomo-pathologique. Dans un cas qui se termine par la mort, les résultats de l'autopsie peuvent être résumés ainsi : lèpre cutanée tuberculeuse, dermatite phlycténulaire et escharotique ; ulcères au voile du palais et au larynx, péricardite adhésive, hypertrophie concentrique du ventricule gauche, péritonite partielle, hépatite interstitielle ; tumeur splénique et perisplénite ; névrite interstitielle ; hyperplasie lymphadénique multiple ; atrophie cutanée et musculaire de l'avant-bras gauche.

Ces résultats, strictement contrôlés par le microscope, méritent d'être examinés en détail, du moins en ce qui touche aux lésions inconnues ou étudiées jusqu'ici. Les observateurs ne sont point tous d'accord au sujet des *altérations cardiaques d'origine lépreuse* ; quelques-uns les passent sous silence (Hebra, Kaposi, Armaner), ou ne les mentionnent que d'une façon succincte (Boeck, Danielssen), ou, les ayant vues, leur attribuent une autre origine que la lèpre (Carter, Tilbury-Fox, Oldekop) ; d'autres

décrivent les lésions superficielles (Monastirski). Ce dernier a constaté que les vaisseaux qui rampaient dans le connectif sous-séreux du péricarde viscéral et qui pénétraient dans la masse musculaire ont une adventice fort épaissie. Campana a trouvé des lésions autrement décisives : au niveau d'une adhérence, il a vu de gros faisceaux connectifs à direction perpendiculaire, séparés par des amas de cellules semblables à des leucocytes ; l'infiltration est soit diffuse, soit répandue sous forme de réseau avec des accumulations çà et là, toujours beaucoup plus accentuées au niveau des vaisseaux. Ces éléments étant les mêmes que ceux dont sont gorgés les mailles cellulaires sous-cutanées des lépreux et en général tous leurs organes malades, il n'est pas douteux que cette cardiopathie ne soit liée à cette diathèse, c'est là un des points les plus instructifs de ce mémoire.

Dans le *foie*, les auteurs précités ont reconnu pendant la lèpre la fréquence des dégénérescences amyloïdes. Monastirski a rencontré l'infiltration cellulaire dans le tissu connectif interstitiel hépatique, avec formation de petits foyers miliaires. Les cellules hépatiques offraient au niveau des points malades soit une atrophie, soit une dégénérescence granulo-graisseuse. Bien que Campana ait pu vérifier l'exactitude de cette description, il hésite encore à rendre le processus lépreux responsable de ce genre de lésion et fait appel à de nouvelles observations.

Mais c'est en ce qui concerne les nerfs gonflés que les observations du professeur génois jettent surtout une vive lueur. Comme tous les observateurs, il a pu vérifier l'épaississement du connectif qui sépare les faisceaux de fibres ; en plus d'un point, ils avaient atteint 2, 3 et même 4 fois leur volume normal. Cela était dû à l'infiltration des cellules granulomateuses, qui était surtout compacte au niveau des vaisseaux sanguins. La participation des tuniques vasculaires au processus offrait les particularités suivantes : tunique interne fort épaisse, trois ou quatre fois plus qu'à l'état normal, parsemée d'éléments semblables à des leucocytes, se colorant peu par les différents agents de teinture ; endothélium normal ; tunique musculaire saine ; en revanche, l'adventice était tout entière noyée dans le granulome qui occupait une grande partie de la périphérie ; en somme, la lumière de l'artère était énormément diminuée, presque oblitérée.

Ce n'était pas tout ; le tissu connectif interbulbaire était lui-même infiltré d'éléments ronds, ressemblant à des leucocytes ; chaque tube était ainsi enserré dans cette gangue ; et quant aux tubes eux-mêmes, la plupart étaient normaux, mais quelques-uns manquaient de cylindre-axe ou présentaient des points très réfringents dans leur myéline. Dans d'autres branches nerveuses, le crural gauche, par exemple, l'infiltration intertubulaire était moindre, les vaisseaux sanguins regorgeaient de sang,

et l'on voyait quelques petits foyers hématiques épars dans le tissu interstitiel avec les tubes déformés. La myéline était granuleuse; en beaucoup de points, la gaine de Schwann avait disparu au niveau de la malléole, le tibial postérieur offrait un épaississement considérable dû à l'infiltration des petites cellules, mais aussi à la dégénérescence de la gaine lamelleuse en un tissu cellulo-adipeux riche en éléments ronds, semblables à des leucocytes.

En résumé, le point capital de ces altérations nerveuses, c'est l'*endarterite oblitérante*, qu'aucun auteur n'avait signalée jusqu'ici. Ranvier et Tidschidew l'ont, à la vérité, observée, mais dans les téguments seulement, et Dehio n'avait que mentionné la prolifération de l'endothélium des veines cutanées avec rétrécissement de leur lumière, mais sans y insister autrement. Ces lésions nerveuses, *granulome* ou *névrite*, n'offrent pas toujours le même pronostic; l'auteur estime que, dans bien des cas, la névrite peut être suivie d'un retour à l'état physiologique, et croit pouvoir assigner comme cause au pemphigus et à l'érythème des lépreux, non seulement les dégénérescences néoplasiques de la fibre nerveuse, mais encore les inflammations passagères dont elle est atteinte: le pemphigus récurrent, les paresthésies éphémères lui semblent particulièrement justiciables de cette interprétation. On devra donc s'attacher désormais à bien faire la part clinique des névrites transitoires et des dégénérescences par infiltration granulomateuse. L'étude intime de cette altération propre a conduit l'auteur à d'intéressantes considérations. Par exemple, pourquoi le tubercule lépreux offre-t-il, en comparaison du tubercule syphilitique, une mollesse qui le fait si facilement reconnaître? Cela tient à ce que les faisceaux du connectif au sein desquels se développe le syphilome s'épaississent et prolifèrent, au point de donner lieu à un véritable processus scléreux, tandis que le léprome se développe au milieu de fibres qui restent inertes ou s'atrophient, mais ne subissent jamais d'hyperplasie. Le léprome n'a pas le pouvoir de stimuler la nutrition des tissus où il se loge; au contraire, il semble plutôt la paralyser; de là viennent les atrophies et les ulcérations, de là aussi sa nocivité moindre lorsqu'il attaque des organes où les échanges nutritifs sont habituellement lents, comme les nerfs et les couches cellulo-adipeuses; de là enfin la gravité particulière de cette infiltration contre laquelle ne s'élève pas la barrière scléreuse, qui constitue l'unique défense que l'organisme oppose à d'autres processus moins redoutables que le léprome.

La dernière partie de ce travail est consacrée à la thérapeutique. L'auteur y passe en revue les principales opinions émises depuis ces dernières années sur l'hygiène privée et sociale du lépreux. A son avis, la création de léproseries pour l'Italie serait le moyen d'arriver le plus

rapidement à l'extinction du mal, car si on hésite encore en ce qui a trait à la contagion, tout le monde est d'accord sur la question de l'hérédité, et le premier précepte que la société devrait imposer aux lépreux est le suivant : « *amare non procurare* ».

Quant aux médicaments généraux ou locaux, ils offrent vraiment peu de ressources : peu de chose à attendre de l'iodure de potassium, de l'arsenic, des préparations de quinquina. L'auteur a essayé les injections sous-cutanées d'acide phénique, à 5 et 10 centigrammes par jour, et n'en peut tirer encore aucune conclusion, si ce n'est qu'elles sont très bien supportées ; un de ses malades a suivi cette médication quotidienne pendant cinq mois sans que sa nutrition en ait souffert ; et l'accroissement des nodules paraissait enrayé ; mais on sait quelle réserve il convient d'apporter dans l'interprétation de ces phénomènes. Mêmes réserves en ce qui concerne l'huile de *hyocardium*, appelée *chaulmoogra*, employée en pilules à la dose de 35 centigrammes jusqu'à 3,25 par jour. Plus récemment on a mis à l'essai l'*excision des tubercules*, moyen insuffisant, et l'*extension des nerfs* (Lawrie) que l'auteur n'a pas cru devoir pratiquer. De tous ces moyens locaux, aucun ne leur a donné des résultats supérieurs à la médication antiseptique, pour les ulcères, et à l'acide chrysophanique. Mais ce ne sont encore là que des palliatifs ; le *Hoang-nân*, fort vanté récemment par un missionnaire, apportera-t-il enfin le spécifique désiré ? L'auteur n'a pu se procurer encore ce médicament, mais promet de le soumettre à une expérience rigoureuse dès qu'il le pourra.

Cet important mémoire est accompagné de fort belles planches histologiques et complété par une nomenclature bibliographique, où l'on pourra trouver l'indication de tous les travaux qui comptent dans l'histoire de la lèpre, surtout de ceux qui ont paru dans ces dernières années.

L. JULLIEN.

ZUR BEHANDLUNG DER LEPRO (CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA LÈPRE),
par le professeur P. LANGERHANS, médecin à Madère.

Pendant son séjour à Ténériffe, de 1878 à 1879, le professeur P. Langerhans a eu l'occasion de voir un certain nombre de cas de lèpre. Se rappelant l'influence favorable de la créosote dans l'eczéma chronique, l'auteur proposa, au Dr V. Perez, d'employer ce médicament chez un lépreux.

Au commencement de 1881, le Dr Perez a envoyé à l'auteur les résultats obtenus dans les trois cas suivants :

I. Ramon G., de Realeje, agriculteur, né en 1850, marié depuis 1878; pas de lèpre dans sa famille. La maladie a débuté peu de temps après son mariage. Aux coudes, à la paume des mains, aux jambes, il est survenu de l'anesthésie sur des points très délimités; à la face, sur les genoux, sur la partie antérieure des jambes et sur d'autres régions; taches livides, sur lesquelles se sont développées des nodosités parfaitement distinctes; les muscles de la pulpe du petit doigt gauche sont atrophiés; au mois de novembre 1878, le diagnostic lèpre n'est plus douteux.

Au commencement de l'année 1879, on prescrit au malade de l'eau de Saxon-les-Bains. Pas de résultat. En avril, on donne la créosote, 1^{er}, 25 de créosote, divisé en 50 pilules, c'est-à-dire 0,025 par pilule, d'abord 3, puis 5 par jour. Il se produit presque immédiatement une amélioration; en mai, elle était déjà très appréciable. Le malade prit ce remède jusqu'au mois d'août, environ pendant quatre mois et demi; il interrompit à ce moment, car il se regardait alors comme guéri. Un an et demi après, en avril 1881, on constate que la sensibilité est partout normale, que les nodosités lépreuses ont complètement disparu, et que l'aspect du malade est tout à fait satisfaisant. Aux genoux, aux coudes, aux avant-bras et aux jambes, on trouve des cicatrices légèrement pigmentées, toutefois les muscles de la pulpe du petit doigt de la main gauche sont restés atrophiés. Cet homme a repris ses occupations, et vit comme s'il n'avait jamais été malade.

II. Diego Z., âgé de 52 ans, cultivateur. Un frère et plusieurs parents sont atteints de lèpre. Depuis quatre ans, le malade est affecté de lèpre avec anesthésie, taches et nodosités. A la fin de 1879, on le soumet à l'usage de la créosote, et après 100 pilules (2^{es}, 3), il éprouve une amélioration si marquée, qu'il se considère comme guéri, cesse toute médication, et sacrifie libéralement à Bacchus. Examiné de nouveau à la fin d'avril, on constate que l'état est essentiellement meilleur qu'au début, mais quelques plaques livides à la face indiquent que la dose était insuffisante, aussi prescrit-on de nouveau la créosote.

III. F. R., 39 ans, malade depuis trois ans, non seulement a des plaques livides, mais encore des ulcérations sur tous les membres; la voix est très faible. Il commence, au mois de décembre 1880, la créosote, et, actuellement, il est encore en traitement. Les ulcérations sont guéries, la coloration des plaques livides a presque complètement disparu, et la maladie, pour le moment du moins, est arrêtée.

(*Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, 1881, tome 83, n° 3.)

I. **Cappi Ercolano.** — SULLE MANIFESTAZIONE CLINICHE DELLA PELLAGRA NELL'AGRO CREMONESE (SUR LES MANIFESTATIONS DE LA PELLAGRE DANS LA PLAINE DE CREMONE). *Annali universali d'Omodei*, vol. 251, p. 514.

II. LA PELLAGRA IN ITALIA NEL 1879 (LA PELLAGRE EN ITALIE PENDANT L'ANNÉE 1879). *Annali di Agricoltura pubblicati del ministero d'Agricoltura*, 1880, p. 499.

La pellagre a toujours attiré l'attention des dermatologistes français; tout récemment encore le professeur Hardy présentait sur ce sujet à l'Académie de médecine un travail qui suscita les plus vives discussions. Mais c'est de l'Espagne et de l'Italie que nous viennent actuellement les données les plus importantes sur cette redoutable maladie; après les travaux des Gemma et des Lombroso, après le rapport de l'Académie de Catalogne, et les recherches de Costallat sur la *flema salada* ou *mal de rosa* ou *mal del bigado*, appelé aussi en Italie *salso*, *mal del padrone*, voici le rapport officiel publié à Rome, par le ministère de l'agriculture, sur la pellagre en 1879, et un substantiel mémoire particulièrement riche en recherches cliniques, dû à la plume d'un médecin de Crémone, M. Ercolano Cappi.

Donnons d'abord un rapide aperçu de ce dernier.

I. Cappi reconnaît 4 formes principales :

1° La forme *gastro-entérique*, la moins grave.

2° La forme *nerveuse* ou *nevro-musculaire*, accompagnée ou non de délire ou de phénomènes parétiques.

3° La forme *mixte* dans laquelle se combinent les symptômes propres de l'appareil *nevro-musculaire* (une des plus fréquentes).

4° Le *typhus pellagreu* ou *pellagre pernicieuse*, manifestation d'une extrême gravité et d'une issue fatalement mortelle.

Dans toutes ces formes, l'érythème cutané est fréquent, mais nullement nécessaire, chez les enfants, il est remplacé par une desquamation caractéristique du nez et des joues. Un point bien intéressant a trait aux *rapports de la pellagre avec les autres maladies*. C'est ainsi que les lésions chirurgicales les plus légères donnent lieu à d'interminables suppurations. Les affections internes sont aussi plus tenaces et rebelles à nos moyens ordinaires. La pneumonie mérite une mention spéciale; entre la première et la seconde période, on voit parfois survenir un délire aigu dont la durée n'excède pas un jour ou deux. La tuberculose pulmonaire est tellement fréquente chez les pellagreu qu'on se demande à bon droit s'il n'existe pas un lien entre ces deux maladies, engendrées il est vrai par

les mêmes causes? En tous cas, on doit tenir pour certain que la phthisie, lorsqu'elle attaque un pellagreu, parcourt ses phases avec une bien plus grande rapidité.

Peu de chose à dire des urines que l'auteur a très scrupuleusement examinées; dans les formes ordinaires, la lenteur des échanges organiques est accusée par leur couleur pâle, leur poids spécifique moindre, la rareté des urates, des sulfates, carbonates et phosphates.

En fait de thérapeutique, chacun sait combien les plus habiles sont désarmés en face de la pellagre. L'auteur a eu cependant l'occasion de constater les bons effets des quelques moyens suivants: en première ligne, le *diascordium*, les grands bains tièdes prolongés, l'acide arsénieux, et surtout l'entéroclisme qui lui a procuré dans un cas une guérison incontestable. Le malade recevait tous les jours 2 litres d'eau tiède contenant 25 grammes de tannin et 20 gouttes de laudanum. Bientôt les selles alvines cessèrent; au bout de 20 jours, le malade pouvait se lever et un mois et demi plus tard il quittait le Manicomio, complètement remis.

II. Cet ouvrage important est le résultat d'une multiple collaboration; parmi les noms de ses auteurs, il suffit de citer ceux des Feroci, Vigna Cesare. Les autres documents sont fournis par des autorités administratives ou hospitalières des différentes provinces de l'Italie, et même de quelques pays étrangers.

Un premier chapitre historique nous apprend que le maïs fut importé en Europe et particulièrement en Italie au moment des Croisades vers 1204; mais il ne fut cultivé au point de vue alimentaire que quatre siècles plus tard, et la pellagre ne commença ses ravages que dans le milieu du siècle dernier. Elle parut d'abord en Espagne, où G. Casal la décrivit dans les Asturies en 1735, sous le nom de *mal de la Rosa*; puis Frappoli, qui l'observa en Italie en 1774, lui donna le nom conservé encore aujourd'hui; successivement elle frappa la France (1818), les principautés danubiennes (1838), la Grèce (1866). Dans ces derniers temps, elle a été signalée sur la côte de l'Afrique par les docteurs Bucherre et Abeille.

En 1879, le nombre des pellagreu s'éleva en Italie à 97,855, ainsi répartis:

Lombardie	40,838
Vénétie	29,836
Emilie	18,728
Toscane	4,382
Marches, Ombrie	2,155
Piémont	1,592
Ligurie	1,48
Lario	76

Certaines provinces sont en voie d'amélioration considérable, Pise et

Grosseto, par exemple, en Toscane; Livourne et Sienne sont indemnes; mais à Mazzé et à Caluso le tiers des habitants est atteint, et à Varzi la moitié de la population est malade.

Certaines particularités sont à noter; par exemple, celle qui concerne le district d'Asiago dans la province de Vicence; cette région est la plus sévèrement atteinte, et cependant ses habitants vivent sur des hauteurs où ne croît pas le maïs, leur nourriture est à peu près exclusivement composée de pommes de terre, de seigle, d'orge ou autres produits de la vie pastorale; chose curieuse, pendant six ans ce district ne donna qu'une seule malade; et tout d'un coup, en 1879, on y note le nombre effrayant de 528 pellagreaux.

A s'en tenir aux données de la statistique, l'auteur du rapport ne voit que deux théories étiologiques possibles: l'une qui vise l'usage du maïs, l'autre qui s'appuie sur l'alimentation insuffisante, la misère organique; mais quant à se prononcer pour l'une ou l'autre de ces deux interprétations, la chose ne se peut sans faire violence aux documents.

On a dit que le maïs était à tort considéré comme un aliment insuffisant pour la réparation organique, puisqu'il contient 10 0/0 de matières albuminoïdes; mais cela n'est vrai que pour les maïs de première qualité, lesquels sont fort rares; le plus souvent ils en contiennent à peine 7 et même 5 0/0, et la proportion dominue quand la maturité est incomplète, circonstance bien fréquente sous le ciel italien moins chaud que celui d'où le maïs est originaire, étant donné surtout l'acharnement que mettent les paysans à vouloir faire deux récoltes chaque année. L'auteur examine aussi et réfute les objections suivantes: Si la pellagre est le résultat d'une réparation insuffisante, pourquoi ne l'observe-t-on pas dans les villes chez les mendiants, ou dans les places assiégées? Pourquoi voit-on certains pellagreaux présentant toutes les apparences d'une nutrition parfaitement régulière?

La réponse est facile, la pellagre s'observe à Venise chez les gondoliers qui sont astreints à un travail aussi pénible que peu rémunérateur, et qui dans l'hiver pâtissent de la faim; ils sont ainsi placés dans des conditions analogues à celles des paysans. Quant aux pellagreaux qui paraissent en suffisante nutrition, on ne les voit guère que dans les hôpitaux et lorsqu'ils sont en voie de réparation.

Aujourd'hui, la tendance à peu près générale est contraire à l'idée d'une intoxication par le maïs altéré. D'abord les médecins espagnols ont montré la pellagre sévissant dans des contrées absolument dépourvues de cette variété de céréales. En second lieu, comment expliquer les apparitions de la maladie et ses rechutes au printemps, quand la température est trop peu élevée pour amener la fermentation nécessaire au dégagement des principes prétendus pellagrogènes? Puis l'expérimentation a donné des

résultats significatifs, les animaux soumis à l'ingestion du maïs altéré sont restés en bonne santé.

Pour l'auteur, la cause de l'endémie pellagreuse est bien le maïs, mais seulement parce qu'il a marqué dans l'alimentation du peuple une révolution qui loin d'être un progrès, mettait le paysan dans des conditions de nutrition inférieure. Toute modification du régime est suivie à échéance variable de modifications dans les organes, et quand ce régime est devenu inférieur à ce qu'il était avant, et que, de plus, il est composé de céréales dont la culture exige de grandes fatigues, faut-il s'étonner de constater des irrégularités fonctionnelles aboutissant à des manifestations morbides. Or, c'est là le cas du maïs. Cet aliment indigeste, peu sapide, d'un volume considérable, détermine d'abord une dilatation des organes gastro-entériques, avec diminution de la puissance digestive. Le système nerveux, surmené par les fatigues de la culture, est loin de trouver dans cette denrée le ravitaillement exigé; de là, double tare organique dans les organes digestifs et dans les centres nerveux; le retentissement s'en fait sentir dans tout l'organisme; de là une maladie générale, sorte de langueur vague dans les cas les plus légers, débilitation profonde et cachexie redoutable, pour peu que la cause morbide persiste pendant un certain temps.

Conclusion: ce qu'il faut chercher, c'est bien plutôt le progrès qualitatif que l'amélioration quantitative pour la nourriture du paysan. Procurez-lui une alimentation adaptée à ses besoins, à ses organes, à la longue le mal tendra à disparaître, le transformisme des organes aura produit l'accoutumance, mais au prix de quels sacrifices, de quelle sélection redoutable! Parmi les moyens hygiéniques les plus recommandables, l'auteur cite la ventilation des greniers pour prévenir les altérations; l'emploi de tous les moyens propres à mener le maïs à complète maturité; la diminution du prix pour le sel, qui favorise si puissamment la digestion; mais surtout la torréfaction des grains, suivant l'habitude prise en Bourgogne et en Moldavie: l'expérience prouve, en effet, qu'en soumettant le maïs à une haute température, on le conserve en parfait état, et surtout on le rend très facilement acceptable aux estomacs les plus délicats. Dans cette simple précaution se trouve peut-être toute la prophylaxie de la pellagre?

L. JULLIEN.

Giorgio Maucacci. — LE FLITTERE NELLA FRATTURA DELLA GAMBA. (LES PHLYCTÈNES DANS LA FRACTURE DE LA JAMBE). *Lo Sperimentale*, décembre 1880.

L'auteur a vu des phlyctènes se produire dans trois cas de fracture sus-malléolaire de la jambe. La lésion s'est développée en dehors des parties qui auraient été lésées par la contusion, sous forme de petites bulles qui ont évolué avec la plus grande régularité, et sans qu'aucun autre trouble cutané eût été signalé ; au reste, la consolidation osseuse se fit dans les délais habituels.

Pour Maucacci, cette éruption est soumise à l'influence du système nerveux ; mais il énumère plusieurs hypothèses entre lesquelles il est bien difficile de se prononcer. *a.*

Les relations entre la peau, siège de l'éruption et les centres nerveux persistant, on peut supposer que les excitations morbides provoquées dans ces centres par le traumatisme et le travail inflammatoire peuvent déterminer dans les foyers ganglionnaires sensitifs une irritation réflexe dont la conséquence est l'apparition des bulles.

b. Dans quelques cas, ne peut-on pas croire, avec Vulpian et Weir-Michbell, que l'excitation, née dans le point du système nerveux siège de la lésion primitive, agit directement dans un sens centrifuge sur la nutrition de la peau et des autres tissus, en les irritant et en provoquant le développement des lésions en discussion.

c. Enfin une troisième hypothèse consiste à admettre un trouble nutritif, une dystrophie occasionnée par la diminution de l'influence trophique centrale.

L. JULLIEN.

CHAULMOOGRA-OIL AND GYNOCARDIC ACID IN THE TREATMENT OF SKIN-DISEASES (DE L'HUILE DE CHAULMOOGRA ET DE L'ACIDE GYNOCARDIQUE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU), par le docteur WYNDHAM COTTE.

L'auteur ayant obtenu de bons résultats avec l'huile de chaulmoogra dans le traitement de quelques affections de la peau, a pensé que son principe actif, — l'acide gynocardique, — aurait une action plus uniforme et plus énergique. Donnée à l'intérieur, cet acide paraît être

parfaitement assimilé, il est mieux toléré que l'huile; dans presque tous les cas, il a paru avoir une action favorable sur la nutrition. L'huile de chaulmoogra améliore rapidement la goutte et le rhumatisme; elle a aussi une réelle efficacité dans quelques formes tardives de la syphilis. En raison de son goût et de son odeur désagréables, on a remplacé l'huile de chaulmoogra par l'acide gynocardique que l'on peut facilement administrer sous forme de pilules.

Appliquées localement, l'huile de chaulmoogra et l'acide gynocardique ont une action émolliente et adoucissante; mais, comme tous les corps gras, il ne faut les employer qu'une fois la période aiguë de l'inflammation passée.

Lèpre. — L'auteur n'a essayé l'acide gynocardique que dans un seul cas. Le malade avait pris des doses élevées d'huile pendant plus d'un an, les symptômes s'étaient graduellement améliorés et il ne se produisit pas de rechute. On prescrivit 18 centigrammes d'acide par jour pendant environ quatre mois et cela sans inconvénients. Pendant cet intervalle, les taches de la peau s'effacèrent un peu et les aires d'anesthésie diminuèrent et devinrent moins prononcées.

Psoriasis. — L'huile de chaulmoogra et l'acide gynocardique n'ont pas une action locale assez énergique contre le psoriasis chronique. Quand il existe une sensation de brûlure, ou que la peau enflammée est raide et fendillée, on emploie avec avantage une pommade contenant de 3^{es},50 à 7 grammes d'huile de chaulmoogra pour 30 grammes de vaseline, ou bien 1^{er},50 d'acide gynocardique pour la même quantité de vaseline. On peut en même temps avoir recours à l'usage interne de cet acide.

Dans le lichen planus, le lichen des scrofuleux, et dans quelques cas de prurigo, l'huile de chaulmoogra et l'acide gynocardique agissent souvent d'une manière favorable en les associant à une médication interne appropriée.

Eczéma. — L'auteur a employé ces deux préparations dans un grand nombre d'eczémas et il en a obtenu de bons résultats, notamment dans l'eczéma chronique sec de la face. Une pommade contenant de 90 centigrammes à 1^{er},80 d'acide gynocardique pour 30 grammes de vaseline a une action presque spécifique dans les cas de cette nature, alors que la plupart des applications ordinaires ne font qu'aggraver le mal. Il en est de même pour l'eczéma des mains dont l'auteur a vu plusieurs cas ayant résisté à d'autres traitements, guérir rapidement avec la pommade à l'acide gynocardique. Il faut avoir soin d'appliquer cette pommade quatre à cinq fois par jour, ou, si le malade peut le supporter, envelopper les parties atteintes avec des compresses enduites d'onguent que l'on maintient avec des gants ou quelques tours de bande. L'huile de

chaulmoogra et l'acide gynocardique ne donnent lieu à aucun accident consécutivement à leur emploi, et ils n'ont pas d'action sur la peau saine.

Lupus. — Dans quelques cas de lupus, soit tuberculeux, soit érythémateux, il s'est produit, sous l'influence de l'huile et de l'acide, une amélioration, mais ils ont été insuffisants pour détruire le mal.

L'huile et l'acide, mais à un moindre degré, peuvent, pris à l'intérieur, occasionner des nausées et accidentellement la constipation. Il faut commencer par de faibles doses, environ 4 centigrammes d'huile ou 3 centigrammes d'acide, que l'on prend après le repas, deux ou trois fois chaque jour; on augmente graduellement la dose jusqu'à 1^{er}, 75 et 3^{es}, 50 d'huile, ou jusqu'à 6 ou 18 centigrammes d'acide. On administre l'huile en capsule ou en émulsion; quant à l'acide, on fait préparer des pilules contenant chacune : 3 centigrammes d'acide et 18 centigrammes d'extrait de gentiane, de houblon ou de conserve de rose, on peut aller jusqu'à 12 pilules par jour, en trois fois.

Enfin on pourrait employer avec avantage l'acide gynocardique sous forme de savon. (*The British medical Journal*, 25 juin 1881.)

A. D.

A NEW METHOD OF DEPILATION IN FAVUS (NOUVELLE MÉTHODE D'ÉPILATION DANS LE FAVUS), par le docteur DUNCAN Bulkley.

L'auteur propose de remplacer l'épilation par la pince par un agglutatif. Après plusieurs essais, le Dr Bulkley s'est arrêté à la pâte suivante, qu'il emploie avec succès depuis deux ans :

Cire jaune.....	10	grammes.
Laque en plaque.....	14	—
Résine.....	21	—
Poix de Bourgogne.....	35	—
Gomme Dammar.....	42	—

On mêle exactement ces substances, puis on fait des cylindres semblables à des bâtons de cosmétique ayant un quart à trois quarts de pouce de diamètre, et une longueur de deux à trois pouces.

Les cheveux sont coupés courts, puis on chauffe à la flamme d'une lampe à l'alcool l'extrémité du bâton, on l'applique rapidement sur les

cheveux en exécutant un léger mouvement de rotation, jusqu'à ce qu'il reste sur le cuir chevelu. Lorsque le bâton est tout à fait refroidi, en le retirant on entraîne les cheveux en si grande quantité que la surface présente l'aspect d'une brosse très fine. Le meilleur procédé pour préparer le bâton pour une seconde application, est de brûler les cheveux, restés adhérents à sa surface, à la flamme d'une lampe et d'essuyer fortement sur une feuille de papier.

Cette méthode est un retour au vieux procédé de la calotte. Elle peut trouver son application dans les rares circonstances où il est impossible d'avoir recours à la pince qui reste encore, croyons-nous, le meilleur mode d'épilation.

(*Archives of Dermatology*, vol. VII, n° 2, 1881.)

A. D.

Fortunato Benvenuti. — ESPERIMENTI TERAPEUCI SULL'AZIONE DEL DELPHINIUM AJACIS (EXPÉRIENCES THÉRAPEUTIQUES SUR L'ACTION DU DELPHINIUM AJACIS). *Opusculé de 32 pages, Cosenza 1881.*

L'auteur a eu l'idée d'essayer l'action thérapeutique de la décoction obtenue avec les fleurs du *delphinium* ou pied-d'alouette. Il l'a employée à plusieurs reprises contre les *pédiculi-pubis* sous forme d'infusion faite à froid dans du vinaigre (3 parties de fleurs et 100 de vinaigre) en macération pendant 36 heures. Deux lavages ont constamment suffi à détruire les insectes et leurs œufs sans produire ni brûlure ni cuisson sur la peau.

Le même liquide lui servit à imbiber de la charpie, avec laquelle il pansa des bubons ulcérés vainement soumis depuis longtemps aux lavages phéniqués, ou aux préparations ordinaires (tartrate ferrico-potassique, teinture d'iode, hyposulfite, iodoforme). Huit jours lui suffirent à obtenir la cicatrisation.

Comme la solution acétique semblait déterminer une légère tuméfaction des téguments, l'auteur lui substitua une solution aqueuse ainsi formulée :

Eau commune.	100 grammes.
Fleurs sèches de delphinium.	3 —

Faites macérer pendant 36 heures, pressez et vous obtiendrez un liquide inodore, très coloré.

De ses expériences, l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les fleurs du pied-d'alouette ont une action insecticide.

Leur prix de revient étant à peu près nul, et leur usage ne donnant lieu à aucun inconvénient, cet insecticide doit être préféré à ceux dont on se sert habituellement.

2° Ce médicament jouit d'une action anesthésique très marquée.

3° Il est de plus excitant, légèrement rubéfiant, astringent et azymotique. A ces divers titres, il a plus d'un point de contact avec l'acide phénique et l'iodoforme.

L. JULLIEN.

SYPHILIGRAPHIE.

INOCULATION DU PUS D'UN CHANCRE MOU PROVENANT D'UN SUJET SYPHILITIQUE.

La syphilis peut-elle se transmettre à l'aide du pus d'un chancre mou provenant d'un individu atteint de vérole? Gee (*Centralblatt. f. Chir.*, n° 23, 1880) a inoculé, à l'aide du pus d'un chancre mou provenant d'un individu atteint de syphilis, une femme qui se soumit volontairement à cette expérience. Le chancre ainsi développé fut réinoculé à plusieurs reprises à la malade, et les chancres suivirent une marche tout à fait normale. Au bout de 132 jours d'observation, période d'incubation plus que suffisante pour le développement de la syphilis, il ne s'était produit aucune manifestation spécifique. L'auteur conclut de ce fait que l'inoculation du pus d'un chancre mou, provenant d'un sujet syphilitique, n'est capable de produire que des chancres mous sans transmettre la vérole.

MARCHE DE LA SYPHILIS CHEZ LES FEMMES GROSSES.

Mewis (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.*, Band IV, p. 10, 1880), a publié ses recherches sur la marche de la syphilis chez les femmes grosses pendant et après l'accouchement. Sur 5,541 femmes grosses, il observa 167 syphilitiques; 92 de ces dernières donnèrent naissance à

des enfants macérés et furent atteintes de frissons suivis de chaleur, etc. Chez 13 0/0 des femmes syphilitiques, on observa des anomalies au moment de l'accouchement; 3 fois, notamment, une induration de la portion vaginale.

Les accouchées syphilitiques avaient bien plus facilement de la fièvre que les autres. Celles qui étaient atteintes de manifestations syphilitiques récentes des organes génitaux étaient surtout prédisposées à la paramétrite.

L'accouchement avait une influence favorable sur la guérison des symptômes locaux; quand des fœtus macérés venaient au monde, la mort était due dans presque tous les cas à la syphilis congénitale. On n'observa des lésions de la peau et des poumons que chez les enfants qui étaient nés dans le huitième ou le neuvième mois. L'inverse eut lieu pour les lésions des vaisseaux ombilicaux qui présentaient des altérations chez les fœtus âgés de moins de 5 mois, tandis qu'après cette époque les lésions faisaient défaut. Les lésions du foie, de la rate et des os, existaient uniformément chez tous les fœtus. L'induration du pancréas fut notée à plusieurs reprises, environ dans la moitié des cas.

UN CAS DE PEMPHIGUS SYPHILITIQUE.

Gajasy (*Berliner Woch.*, n° 24, 1880) rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans, jusqu'alors bien portante, qui fut atteinte, au mois de mars 1876, d'un chancre induré pour lequel elle entra à l'hôpital le 12 mars 1876. Elle fut traitée par l'iodure de potassium et elle sortit sol-disant guérie à la fin du mois d'avril. Le 3 juin, elle rentra à nouveau dans le service avec des papules et des érosions syphilitiques du voile du palais, des amygdales et du pharynx. Traitée par l'iodure de potassium, elle quitta le service vers le milieu du mois de juillet, se croyant guérie.

Nouveau retour, le 3 août, avec une éruption bulleuse du front, du nez, des joues, des seins et de presque tout le corps; inflammation de l'œil droit, fièvre, céphalée, abattement général. Les bulles étaient distendues par un liquide d'apparence louche. On soumet la malade à un traitement tonique et on lui fait prendre des bains. Au bout de quelques jours, les bulles se vident et l'on aperçoit des ulcérations qui se couvrent de croûtes. On applique la pommade iodurée et on fait prendre à la malade de l'iodure de potassium et plus tard du mercure, puis du fer et du quinquina. Les accidents ne se modifiant nullement, et l'état général

devenant mauvais, la malade quitte l'hôpital non guérie le 26 mars 1877. Nouveau retour le 11 août. Les anciennes plaies ne sont pas guéries et de nouvelles bulles se sont développées; la malade était très abattue et vomissait tous les médicaments qui lui étaient administrés. On institua une médication tonique et un traitement local par l'emplâtre de Vigo. La malade quitta l'hôpital, guérie, le 3 novembre 1877, après un an et huit mois de traitement.

Nous avons résumé à dessein cette observation, parce qu'elle nous semble prouver, à l'encontre de l'opinion de plusieurs observateurs, que l'iodure de potassium, administré dans les périodes primitives de la vérole, ne met nullement les malades à l'abri des récidives et des complications graves de la maladie.

GOMMES SYPHILITIKES.

Langenbeck (*Centralblatt f. Chir.*, 1880, n° 20) a consacré un mémoire important à l'étude des gommies. Quand ces dernières ont atteint un certain volume, elles peuvent être facilement confondues avec d'autres tumeurs.

Les masses gommeuses sont séparées en foyers nombreux par des tractus conjonctifs. Ces tumeurs envoient autour d'elles des prolongements étoilés, durs, résistants, qui rendent leur extirpation souvent difficile, même impossible. Après avoir insisté sur la présence des gommies dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les muscles et dans les tendons, l'auteur rapporte trois observations de malades chez lesquels il a extirpé des gommies. Il y a 20 ans environ, on lui adressa, avec le diagnostic de lipôme, un malade qui portait au niveau de l'omoplate une tumeur du volume du poing, nettement limitée et ulcérée.

L'étude des antécédents de ce malade, et l'existence de nodosités dans les testicules, ayant prouvé, à n'en pas douter, qu'il s'agissait d'une affection syphilitique, ce malade fut soumis à un traitement spécifique, et la tumeur disparut.

Langenbeck a également observé deux gommies énormes qui s'étaient développées dans les parois vasculaires de grosses veines. Chez une femme de 56 ans, il observa, au niveau du bord interne du sterno-cleido-mastoïdien, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon qu'on ne put extirper qu'en enlevant une portion de la veine jugulaire avec laquelle elle était intimement soudée. Rien n'avait fait songer à la possibilité d'une infection spécifique. Cependant, on vit survenir, peu après l'opé-

ration, des symptômes évidents de syphilis au pharynx, à la langue et aux joues. Dans un autre cas, Langenbeck extirpa dans la région de l'aîne une tumeur du volume d'un œuf d'oie, qu'il fut impossible d'enlever complètement à cause des adhérences avec les gros vaisseaux. Les prolongements fibreux et nombreux de la tumeur, l'existence même des adhérences, firent penser à l'auteur qu'il s'agissait d'une gomme. Le malade succomba à une pyohémie et l'examen microscopique, ainsi que l'autopsie, prouvèrent que le diagnostic avait été exact.

SYPHILIS VISCÉRALE.

SYPHILIS PULMONAIRE (*Virchow's Archiv*, p. 516, vol. LXXXII, 1880.)

Cube a publié une observation intéressante de syphilis pulmonaire. Il s'agit d'un homme de 44 ans, ayant eu la syphilis il y a 9 ans, et considéré comme phtisique; il présentait, au reste, tous les signes de la tuberculose. Un beau jour, le malade rendit des masses solides, composées de tissu pulmonaire nécrosé. L'examen de ces masses expectorées fit songer à une syphilis pulmonaire, et le traitement spécifique institué amena une guérison rapide et persistante.

Ce malade présentait, du reste, plusieurs symptômes intéressants. On constatait l'existence d'un foyer de ramollissement à la pointe de l'omoplate droite, c'est-à-dire dans un point correspondant au lobe moyen du poumon. En dehors de cela, la respiration était normale. Cette localisation a été indiquée comme spéciale à la syphilis.

Cet homme était aphone, et l'examen laryngoscopique permit de reconnaître des ulcérations des cordes vocales.

Chaque fois qu'il était sur le point de rejeter des débris pulmonaires, il était pris d'une fièvre intense, due sans doute au travail de suppuration qui s'était opéré autour des eschares.

Nous ne dirons rien de l'examen histologique des masses expulsées; on ne saurait, en effet, baser un diagnostic différentiel sur cet examen, car il n'existe pas de caractères bien nets et bien tranchés qui permettent de différencier histologiquement le tubercule de la syphilis. La localisation spéciale des lésions et le résultat inespéré du traitement spécifique, plaident plus en faveur du diagnostic « syphilis » que le reste.

SYPHILIS DE LA RATE ET DES REINS.

Les lésions syphilitiques de la *rate* sont assez rares. Gold (*Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph.*, 1880, Heft IV, p. 463) a eu l'occasion d'observer une femme de 45 ans chez laquelle on avait diagnostiqué une tuberculisation pulmonaire avec rétrécissement du rectum. La malade avait été atteinte de syphilis 17 ans auparavant, et avait présenté, à plusieurs reprises, des syphilides de nature ulcéreuse de la peau, et des accidents du rectum qui avaient entraîné un rétrécissement. A l'autopsie de cette malade, on trouva des gommes syphilitiques nettement caractérisées de la rate. Cet organe n'était pas augmenté de volume ; son enveloppe était lisse, à peine épaissie ; au niveau de la face connexe existait un épaississement assez considérable ; à l'extrémité supérieure de la rate, près du hile, un gros noyau du volume d'une noix, dur et irrégulier. A la coupe, on observe une tumeur ovoïde de 5 centimètres de long sur 2 centimètres $1/2$ de large enclavée dans le parenchyme splénique et s'étendant jusqu'à la capsule du hile.

Cette tumeur était composée d'une série de noyaux plus petits, dont quelques-uns caséifiés, et d'un tissu cicatriciel pigmenté, au milieu duquel on observait des vaisseaux non trombosés. Les autres parties du parenchyme splénique étaient plus résistantes qu'à l'état normal et pâles. L'examen microscopique du tissu morbide montra que les tractus fibreux situés auprès des foyers caséeux étaient très serrés et pauvres en cellules, tandis que, dans les autres parties, les éléments cellulaires étaient très nombreux. La membrane interne des artères et des veines était considérablement épaissie par place avec prolifération d'endothélium.

La tumeur ressemblait, dans tous ses détails, à une gomme du foie ; en effet, on ne pouvait songer à la tuberculose à cause des tractus cicatriciels nombreux et du défaut de ramollissement ; il ne s'agissait pas non plus d'un infarctus vu la disposition des noyaux et l'état des vaisseaux.

SYPHILIS DATANT DE SIX MOIS ENVIRON, NÉPHRITE AIGUE, URÉMIE, ŒDÈME PULMONAIRE, GUÉRISON. (*Deutsche med. Woch.*, 1880, n° 4.)

Le Dr Burkman public sous ce titre l'observation d'un malade, âgé de 23 ans, né d'une famille parfaitement saine, et qui contracta la sy-

philis au mois de mai 1866. Des manifestations cutanées et des accidents de la gorge se produisirent au mois d'août, mais le malade resta néanmoins sans aucun traitement. A la fin du mois de novembre, il fut pris de frissons, de malaises, de vomissements et d'œdème des membres inférieurs. Ce malade est examiné attentivement le 4 décembre. Il est bien bâti, pâle, et présente un erythème papuleux et des macules; œdème de la peau très prononcé à la face et aux pieds. Pas d'ascite. Cicatrice indurée au niveau du prépuce, polyadénite et pharyngite. Les parenchymes semblent sains, on observe seulement quelques râles muqueux dans le thorax, céphalée, pas de douleur dans la région rénale, urine brunâtre, très albumineuse. Traitement diaphorétique. Dans la soirée, le malade est pris, à trois reprises différentes, de convulsions. Le soir, à 11 heures, le malade respire avec peine, tousse et expectore des mucosités mêlées de sang rutilant. La céphalée a augmenté, les pupilles sont étroites, réagissent fort peu, l'urine est claire, le malade a vomi des substances brunâtres. Pouls fréquent; température à 38°. On pose le diagnostic de catarrhe avec hyperémie pulmonaire et œdème, suite de néphrite. Le traitement consiste en une saignée et des applications de sinapismes. A 11 heures 1/2, le malade tombe dans le coma; convulsions cloniques des muscles de la nuque, de la face, des yeux et des bras. Pupilles resserrées; cet accès dure 5 minutes; au bout de ce temps, le malade reprend connaissance. Le malade tousse et vomit à plusieurs reprises, le pouls reste irrégulier. A 3 heures du matin, un accès de même nature, mais plus long, se produit. A 9 heures du matin, le malade se plaint de céphalalgie, pouls et respiration fréquents, température au-dessus de 38°, matité aux bases en arrière, râle crépitant, respiration bronchique, expectoration sanguinolente, urines peu albumineuses.

Le 5 décembre au soir, le pouls est devenu plus régulier et la toux a un peu cédé. Eu égard à l'existence d'une syphilis ancienne, on institue des frictions journalières à l'onguent napolitain.

Le 6 décembre, le pouls est devenu plus régulier, la toux a diminué; la matité et la respiration bronchique sont moindres, la sécrétion urinaire est plus abondante, l'urine renferme moins d'albumine, cependant l'œdème des membres inférieurs est plus prononcé. Le 7 décembre, le pouls est à 60°, état général beaucoup meilleur, mais on constate un peu d'ascite. On prescrit de l'iodure de potassium à la dose de 0,3 toutes les 5 heures et la continuation des frictions. Le 8 décembre, l'urine devient très abondante, elle renferme peu d'albumine, les sueurs sont profuses, l'ascite a diminué. Cette amélioration va croissant jusqu'au 20 décembre. A cette époque, l'urine renferme à peine un peu d'albumine,

l'induration a disparu et on prescrit du sirop d'iodure de fer. A la fin de décembre, l'exanthème a disparu, les ganglions sont plus petits, l'urine est légèrement acide et ne renferme point d'albumine. On constate encore, de temps en temps, la présence d'un peu d'albumine dans les urines jusqu'à la fin de janvier. Le malade prit du tannin et du fer. Au mois de février, nouvelle administration de mercure pendant quelques semaines; au bout de ce temps, il fut complètement rétabli, jouissant d'une santé excellente.

Nous admettons volontiers que la syphilis soit capable de produire une néphrite aiguë, et l'auteur a attribué les accidents observés chez son malade à la vérole, parce qu'il ne voyait pas d'autre cause étiologique à invoquer. Nous nous permettrons cependant d'observer que l'amélioration s'était produite avant même l'application sérieuse de tout traitement spécifique, et qu'il est bien permis d'admettre que ce malade a été atteint d'une néphrite aiguë, due à une tout autre cause qu'à la vérole.

SYPHILIS CÉRÉBRALE.

Lang (*Wien. med. Woch.*, n^{os} 48, 49, 50, 51) a publié plusieurs articles intéressants sur des altérations syphilitiques des centres nerveux, et l'irritation des méninges qui s'observe fréquemment au début de la syphilis.

Il est prouvé aujourd'hui que, de tous les organes, c'est le système cérébro-spinal qui est frappé le plus souvent par la syphilis. On a cherché à expliquer la fréquence de ces altérations par de la fatigue cérébrale, des excès vénériens, l'alcoolisme, etc.

Mais ce n'est pas seulement le cerveau qui se trouve atteint dans la vérole. Les lésions de la moelle, telles que la myélite aiguë et chronique se rattachent fréquemment à cette cause. On a pu étudier jusque dans ces derniers temps les phénomènes d'excitation qui se passent du côté du système cérébro-spinal au début de la syphilis. Or, on observe très souvent, chez les malades, de la céphalalgie, des vertiges, un peu d'hébétude, de la tendance aux vomissements, tous symptômes qui se rattachent à une irritation des méninges. Après avoir duré pendant quelques jours, ces accidents disparaissent pour reparaitre souvent un peu plus tard. Cependant, les malades ainsi atteints guérissent dans la majorité des cas. L'examen ophtalmoscopique pratiqué sur eux prouve, à n'en pas douter, que la rétine prenait part à l'irritation méningée.

Voici, du reste, le résumé d'une des observations de l'auteur : Une

femme de 20 ans est reçue dans le service, le 6 février 1880, avec une sclérose syphilitique de la petite lèvre gauche; l'examen ophtalmoscopique pratiqué le 14 février permet de reconnaître une hyperémie capillaire des deux nerfs optiques, surtout à droite. Le 16 février, douleur dans les oreilles avec gonflement et rougeur du tympan. Le 5 mars, l'hyperémie de la rétine a disparu à droite, mais, à gauche, les veines sont très dilatées. Le 3 avril, céphalée, nausées, abattement général. Le 10 avril, infiltration hémorragique au niveau du tendon d'Achille, taches de même nature aux orteils et à la plante des pieds. Le traitement par les frictions est commencé le 22 avril. Sous son influence, les taches hémorragiques disparaissent, les lésions rétinienues s'amendent et la malade quitte l'hôpital le 6 juillet, après avoir été frictionnée avec 92 grammes d'onguent napolitain, et après avoir absorbé 29 grammes d'iodure de potassium.

Chez une autre malade, âgée de 24 ans, les symptômes méningés étaient bien plus prononcés.

Chez une troisième malade, on observa une céphalée intense, avec douleurs dans la région lombaire, affaiblissement général, faiblesse dans les jambes. Cette malade était atteinte de roséole et de papules naissantes. Ces accidents disparurent sous l'influence des frictions.

RAPPORT DE LA SYPHILIS AVEC LA DÉGÉNÉRESCENCE DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE.

Cette question, d'un haut intérêt pratique, a donné lieu, dans ces dernières années, à des discussions nombreuses et à des interprétations tout à fait opposées.

Eulenburg (*Nervenkrankheiten*, II, p. 460, 1878) prétend n'avoir trouvé qu'un seul cas de syphilis constitutionnelle sur 149 malades atteints de tabes.

O. Berger (*Bresl. ärztl. Zeschr.*, n° 7, 8, 1879) est déjà bien plus affirmatif. Il admet que sur 100 tabétiques, il y en a au moins 20 de syphilitiques. Il a vu le tabes se développer après 2 ans et même 6 mois d'infection syphilitique, sans qu'il fût possible d'invoquer aucune autre cause. Le traitement spécifique donnait toujours des résultats très nets, bien que palliatifs : arrêt de la maladie, diminution des douleurs, amélioration de la marche, etc. Dans un cas, Berger observa une guérison complète. Il engage à instituer le traitement spécifique dans la période initiale de la maladie, même dans les cas où l'étiologie serait douteuse, et comme on le fait du reste dans certaines affections viscérales dont l'origine syphilitique peut être admise.

Erb (*Viertelj. f. Dermatologie* 1880 et *Centralblatt f. méd. Wissensch.*, 1881) déclare hautement que la syphilis est la cause la plus fréquente des tabes. Sur 44 malades atteints de tabes, il a trouvé 27 syphilitiques. Il est vrai de dire que 4 de ces derniers malades avaient été atteints uniquement de chancres; la plupart de ces malades avaient été atteints de symptômes ataxiques dans l'intervalle de 2 à 14 ans après le début de la syphilis.

Il s'agissait en général de cas de syphilis légers; chez quelques malades, on observait des traces cicatricielles, des pigmentations de la peau, de légères adénopathies ganglionnaires; quant à la symptomatologie générale de la maladie, elle était identique chez les sujets atteints préalablement de syphilis et chez ceux qui n'avaient jamais été infectés. Les résultats du traitement furent en général peu actifs; néanmoins 2 malades, traités par les frictions, furent considérablement améliorés et la maladie s'arrêta dans son développement. En tout cas, Erb recommande d'instituer toujours un traitement antisiphilitique dans tous les cas où la syphilis peut être présumée dans les antécédents du malade et d'instituer ce traitement le plus tôt possible.

Mayer, d'Aix-la-Chapelle, admet que 80 0/0 des malades atteints de tabes sont d'anciens syphilitiques et qu'il a toujours obtenu d'excellents résultats du traitement spécifique.

Richter (*Centr. Bl. f. Nervenheilk.*, n° 20, 1879) a obtenu de très bons résultats en traitant des ataxiques syphilitiques sans traitement spécifique. Il prétend en effet que les frictions associées aux bains chauds ne font qu'aggraver les accidents.

Gescenius (Halle, *thèse*, 1879) a observé 60 malades atteints de tabes à la clinique de Seeligmüller. Sur ce nombre, 13 étaient d'anciens syphilitiques. L'auteur considère la syphilis comme une simple cause prédisposante de l'ataxie locomotrice.

Fischer (*Semestralbericht der Heilanstalt Maxbrunn*, 1879) a trouvé sur 26 ataxiques 4 syphilitiques avérés et 3 malades qui n'avaient présenté que des chancres. Deux d'entre les premiers malades qui avaient présenté manifestement des accidents syphilitiques furent soumis à un traitement énergique qui ne fit qu'aggraver tous les symptômes.

Müller (*Symptômes et traitement de l'ataxie locomotrice*; Graz 1880) discute longuement la question de l'influence de la syphilis dans le développement du tabes. Il pense que la syphilis ne constitue dans la plupart des cas qu'une simple coïncidence. Les ataxiques qu'il a eu l'occasion de traiter à l'aide de médications antisiphilitiques n'ont jamais vu leur état s'améliorer.

Le travail le plus important qui ait paru sur ce sujet à l'étranger est celui de Westphal (*Berl. Klin. Wochenschr.*, XVII, 10, 1880). Sur

97 cas de tabes, l'auteur n'a pu trouver que 33 syphilitiques; sur ce nombre, plusieurs n'avaient eu uniquement que des chancres, ce qui réduit à 14 0/0 le nombre de ceux atteints de syphilis secondaire. Les cas de tabes confirmés pour lesquels on peut constater des accidents ou des lésions syphilitiques à l'autopsie peuvent être considérés comme des exceptions excessivement rares.

De plus, il est impossible, au point de vue anatomo-pathologique, de déclarer si une lésion médullaire est d'origine spécifique ou non; bien plus, dans les autopsies d'ataxiques prétendus syphilitiques, on n'observe jamais de lésions d'autres organes, telles que des gommès, etc.

Les résultats fournis par le traitement ne sont pas plus favorables à l'opinion généralement admise; jamais on n'a vu de dégénérescence des cordons postérieurs guérir sous l'influence d'un traitement antisiphilitique; on a pu observer des rémissions, des améliorations momentanées, mais tous les cliniciens savent qu'on obtient des résultats analogues sous l'influence de médications fort variées.

Dans la discussion qui a eu lieu à la Société de médecine de Berlin à l'occasion du travail de Westphal, Remack a communiqué ses recherches sur le même sujet. Il a pu observer, dans les 4 dernières années, 52 cas de tabes, dont 47 hommes et 5 femmes. Chez onze hommes seulement, il avait existé des accidents spécifiques antérieurs, huit autres avaient eu des chancres avec des bubons suppurés sans accidents secondaires; chez treize autres, la syphilis était à écarter d'une façon absolue. Remack admet la proportion de 23 0/0 de malades syphilitiques sur le nombre d'ataxiques qu'il a observés; cependant il n'admet pas qu'il existe un rapport direct de cause à effet entre la syphilis et le tabes. Il croit que les traitements antisiphilitiques énergiques sont aussi nuisibles aux ataxiques que les autres médications débilitantes. Aussi conseille-t-il de recourir uniquement à l'iodure de potassium et de réserver les frictions mercurielles aux cas d'infection récente.

Bernhardt fait remarquer qu'en interrogeant attentivement les ataxiques syphilitiques, on trouve toujours d'autres conditions étiologiques de la maladie. Il a observé dans les dernières années 67 cas de tabes, dont 58 hommes et 9 femmes. Chez 7 de ces dernières, il n'existait aucun indice de syphilis. Sur 37 hommes dont les antécédents furent étudiés avec grand soin, 22 nièrent tout antécédent syphilitique, 8 seulement avouèrent une infection antérieure. La plupart de ces malades avaient été exposés alternativement à une grande chaleur et au froid ou bien avaient habité pendant des années des logements humides; d'autres de ces malades avaient fait les campagnes de 1866 et de 1870. L'auteur croit en somme que la syphilis joue un rôle très secondaire dans l'étiologie du tabes.

En étudiant les observations publiées par les auteurs allemands, on peut dresser le tableau suivant :

Ataxiques atteints d'accidents syphilitiques secondaires :

Erb	52 0/0
Berger	20
Gesenius	20
Fischer	15
Westphal	14
Remak	21
Beruhard	22

La moyenne arithmétique de cette statistique est de 23,5 0/0.

Il est évident que les statistique ne peuvent avoir rien d'absolu ; elles dépendent en effet du milieu où elles ont été prises. Un observateur de la campagne ou d'une petite ville aura beaucoup moins de chances de rencontrer des syphilitiques que celui qui fait des recherches dans une grande ville. C'est ainsi que Müller observa 9 syphilitiques sur 15 ataxiques de la ville, et ne put reconnaître aucun signe d'affection antérieure chez 7 malades de la campagne atteints de la même maladie.

Dans un travail tout récent (*Syphilis und Tabes dorsalis. Berliner Klinisch Wochenschrift*, n° 39 et 40, 1881), Voigt conclut qu'un traitement identique (galvanisation, bains) amène les mêmes résultats chez les ataxiques syphilitiques ou non syphilitiques. En somme, la syphilis ne semblerait pas avoir d'influence spéciale sur les cordons postérieurs de la moelle. Il ne faudrait pas confondre en effet avec le tabes typique les symptômes ataxiques qui peuvent être liés à la syphilis, sans le rattacher à une altération proprement dite de la moelle.

ALTÉRATION SYPHILITIQUE DES VAISSEAUX.

Hubert (*Virchow's Arch.*, vol. 79, p. 537) a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme de 22 ans, qui mourut dans le courant du mois de mai 1879; elle avait reçu pour la première fois des soins pour une affection syphilitique vers la fin de 1878. Il existait une dégénérescence amyloïde très prononcée de l'intestin et des ulcérations de la muqueuse de l'intestin et du larynx; tous les vaisseaux, mais surtout les artères, avaient subi des altérations profondes. L'aorte, les artères crurales, présentaient des plaques athéromateuses; bien plus, les artères des jambes et des pieds étaient transformées en de véritables tubes calcaires; la même lésion se retrouva dans les artères des membres supérieurs.

Les artères cérébrales et les artères coronaires du cœur étaient restées intactes. A l'examen microscopique, on retrouva toutes les lésions des membranes internes et moyennes qui caractérisent l'athérome. L'auteur rattache toutes ces altérations vasculaires à la syphilis.

SYPHILIS DES MUSCLES.

Van Harlingen (*Améric. Journ. of the méd. sc.*, 1880) décrit sous le nom de contracture syphilitique des muscles une contracture spéciale du biceps, dont la nature n'est nullement connue, car elle ne semble due ni à une inflammation des muscles, ni à une lésion des nerfs. L'auteur attribue cette contracture à une lésion des tendons. Il a observé cette affection chez trois femmes. Elle survint à la fin de la première et au commencement de la deuxième année du début de la vérole. Chez deux malades, le côté droit fut pris; chez la troisième, le côté gauche ainsi que le triceps. Les malades se plaignaient en outre d'une courbature musculaire générale accompagnée de raideur; ces phénomènes atteignaient leur maximum pendant la nuit. Les malades accusaient en outre de la raideur de la nuque. L'angle formé par le bras et l'avant-bras variait entre 135 et 170 degrés. En cherchant à étendre le bras au delà de ce point, on provoquait des douleurs très vives au niveau de l'insertion musculaire. La maladie se développait d'une façon insidieuse; l'emploi du traitement mercuriel et iodé la fit disparaître dans deux cas.

TRAITEMENT.

Lewin (*Charité Annalen*, V, *Jahrj*) a essayé la pylocarpine dans le traitement de la syphilis. Il a injecté ce médicament à 32 syphilitiques. Dans 23 cas, il a observé une disparition des accidents survenant, en moyenne, vers le 34^{me} jour. Les récurrences étaient rares et généralement bénignes. Les injections de pylocarpine sont loin, cependant, de valoir les injections de sublimé; avec ces dernières, en effet, la guérison est presque toujours certaine. De plus, l'emploi de la pylocarpine peut donner lieu à des complications fort pénibles, telles que le collapsus, l'hémoptysie, etc.

Zeissl (*Wiener méd. Presse*, n° 29) a également employé la pylocarpine chez deux malades atteints de syphilis. Les résultats ont été complètement négatifs et il a observé, en outre, des phénomènes d'intoxication fort désagréables. Aussi l'auteur rejette-t-il complètement la pylocarpine dans le traitement de la syphilis. Le sulfate de cuivre

recommandé par Martin et Oberlin ne lui a pas donné de meilleurs résultats; il a traité, à l'aide de ce médicament, sept malades. Deux d'entre eux ont présenté une amélioration notable, mais l'action du médicament a été nulle chez les autres.

Les Italiens n'abandonnent toujours pas la teinture de tayuya. Pelizzari (*Estratto di sperimentale* a. 32. 1-24) dit avoir employé ce médicament avec succès chez neuf malades. Il prétend que la teinture de tayuya a surtout une action tonique, et il en recommande l'emploi chez les sujets lymphatiques.

Graziansky (*Wajenni med. Journ.*, 1880) a employé la teinture de tayuya chez vingt malades. Il conclut de ses observations que le médicament n'a aucune influence sur la syphilis, qu'il produit même des complications fort désagréables. Il est de l'avis de Sigmund qui considère toute l'histoire du tayuya comme une affaire de charlatanisme et de réclame.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

G. Behrend (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1881, n° 8) a consacré un mémoire intéressant à l'étude de la transmission héréditaire de la syphilis. Cette question de la transmissibilité de la syphilis de la mère à l'enfant, pendant la grossesse, et réciproquement, est en effet fort controversée.

Les deux principales observations de Behrend montrent que la vérole contractée par la mère, pendant les derniers mois de la grossesse, peut être transmise à l'enfant pendant la vie intra-utérine. La transmission de la syphilis par le placenta semble donc possible; inversement a transmission pourrait se faire de l'enfant à la mère.

La première malade est une femme de 24 ans, au neuvième mois de sa grossesse. Elle présente des papules hypertrophiques sur les grandes lèvres, et une plaque indurée en voie de guérison sur la petite lèvre gauche; des croûtes dans les cheveux, et l'adénopathie inguinale et cervicale.

L'auteur fait remonter le début de cette syphilis à 2 mois. Un traitement spécifique est établi. La femme accouche, 3 semaines après, d'un enfant pâle, mais assez gros, sain en apparence. 3 semaines après la naissance apparaissent des papules anales qui disparaissent sous l'influence de bains de sublimé. 3 mois après, surviennent : un écoulement purulent par le nez, une laryngite intense avec stridor, de la dyspnée. Un traitement spécifique améliore les accidents. La mère est également reprise d'accidents nouveaux.

Le père, examiné ultérieurement, avoue avoir contracté la syphilis et

l'avoir communiquée à sa femme quand elle était enceinte de 4 à 5 mois environ.

Il semble résulter de ces faits que la mère avait été atteinte de syphilis vers le 6^e mois de sa grossesse; cette syphilis avait été transmise à l'enfant pendant la vie intra-utérine; en effet, l'enfant présenta des accidents secondaires à l'anus une vingtaine de jours après sa naissance, ce qui exclue toute pensée de contagion produite au passage.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme qui présentait, le 9 novembre 1879, des papules confluentes de la vulve et des syphilides cutanées multiples. La malade faisait remonter le début de sa maladie au commencement du mois d'août; on trouve à la commissure postérieure de la vulve une induration qui semble être le siège de l'accident primitif. Cette femme est au 9^e mois de sa grossesse. Son mari avait été soigné au mois de juillet pour un chancre de la verge. La malade est traitée par les frictions mercurielles. Elle accouche le 27 novembre d'un enfant sain, bien développé, qui ne fut pas nourri par elle. Il succomba au bout de 3 mois, dans un état de maigreur extrême. La peau était couverte de taches brunes, arrondies, dont quelques-unes recouvertes de croûtes. La paume des mains et la plante des pieds sont infiltrées; on observe des lamelles épidermiques disposées en cercles représentant des rudiments de bulles ou de pustules.

Ces deux faits semblent prouver que la mère peut, pendant la gestation, transmettre la vérole à son enfant par l'intermédiaire du placenta.

Les observations publiées dans le but de démontrer que la contagion n'est pas inévitable dans ces conditions, sont rejetées par Behrend parce que la période d'observation a été trop courte. Ainsi, dans le cas de Bärensprung, la période d'immunité ne s'étend pas au-delà de 17 semaines, 13 semaines, 10 semaines et 7 semaines. Dans la seconde observation de Behrend, les manifestations spécifiques se sont produites au bout de 9 semaines; il ne suffit donc pas de 7 semaines d'observation pour affirmer qu'un enfant n'est pas syphilitique.

Du reste, la période latente peut durer très longtemps. Behrend cite un cas dans lequel cette période aurait duré 8 mois.

Une autre question fort importante est celle de la transmission de la syphilis du père à l'enfant sans contagion de la mère. Behrend publie une observation favorable à cette dernière opinion.

Une jeune femme se marie avec un homme jusqu'alors sain; 6 mois après ce dernier contracte un chancre syphilitique accompagné de bubons indolents et, bien qu'il ne présentât jamais d'éruption spécifique, il fut cependant atteint, 10 ans plus tard, de douleurs ostéocopes qui cédèrent à l'emploi de l'iodure de potassium et d'une analgésie syphilitique ayant

tous les caractères de celle décrite par M. Fournier. 15 ans après le début de la vérole, le malade succomba à une entérite chronique due à une dégénérescence amyloïde. Or, pendant ces 15 années de mariage, la femme ne présenta aucune trace d'infection, et, cependant, elle eut, dans les premières années, 7 fausses couches au 7^e, au 8^e mois de grossesse. Les fœtus étaient tous morts et macérés. 8 ans après le début de la vérole de son mari, elle mit au monde un enfant vivant, qui présenta des éruptions à la tête et à la face, et qui succomba, à l'âge de 2 mois, amaigri et épuisé. 2 ans plus tard, elle mit au monde un enfant porteur de syphilides pustuleuses des membres inférieurs, et qui survécut, grâce à des bains de sublimé. 2 ans après, naissance d'un autre enfant encore vivant. Enfin, 2 ans plus tard, naissance d'un nouvel enfant qui fut atteint d'éruptions spécifiques guéries sous l'influence de frictions mercurielles.

Cette observation de Behrend serait, à coup sûr, probante s'il était démontré que la mère n'ait jamais été atteinte de syphilis; mais on sait combien la vérole se cache facilement chez la femme.

En somme, il reste encore à démontrer, par des observations sérieusement prises, qu'une mère saine puisse engendrer un enfant syphilitique. Mais, ce qui est plus surprenant, on a voulu prouver qu'un enfant syphilitique né d'une mère saine pouvait contaminer sa mère au même titre qu'une nourrice étrangère. Behrend publie, à cet égard, une observation de Ranke : Un individu syphilitique depuis 11 ans et n'ayant présenté aucun symptôme spécifique depuis 9 années, se marie. Au bout d'un an de mariage, sa femme met au monde un enfant syphilitique. Au bout de la 3^e année naît un nouvel enfant syphilitique et atteint de lésions buccales; sa mère en l'allaitant contracte, sur le mamelon gauche, un chancre syphilitique suivi de roséole. Le mari, pas plus que le premier enfant, n'avaient présenté d'accidents spécifiques à partir du 7^e mois de la 2^e grossesse, et aucun autre enfant que le second n'avait tété le mamelon atteint de chancre.

Ces faits sont à coup sûr curieux, mais ils bouleversent les notions que nous possédions sur la transmission de la vérole.

D^r PAUL SPILLMANN.

Majocchi.— SULL'ANGIOITE OBLITERANTE NEGLI EPITELIOMI CUTANÉI, E SUL ARTERITE ED ENDARTERITE SIFILITICA NEL SIFILOMA DEL PALATO. (SUR L'ARTÉRITE OBLITERANTE DANS LES ÉPITHELIOMES CUTANÉS, ET SUR L'ARTÉRITE ET L'ENDARTÉRITE SYPHILITQUES DANS LE SYPHILOME DU PALAIS.) *Bullet. della R. Accademia medica di Roma.*)

Tout n'est pas dit sur l'anatomie pathologique des différentes lésions spécifiques ; et la notion que nous avons du syphilome, bien que très féconde à un point de vue général, comporte encore bien des inconnues. Aussi devons-nous signaler d'une façon toute particulière le présent travail. M. Majocchi a eu l'occasion d'étudier les phénomènes de l'artérite oblitérante dans différents cas d'épithéliome cutané, et a reconnu que le processus avait toujours pour point de départ la tunique interne, avec participation de tous les éléments qui la constituent, étages endothélial et sous-endothélial. Les plus petites artères n'ayant pas de couche sous-endothéliale offraient une néoformation limitée à la prolifération des seules cellules endothéliales.

L'auteur a poursuivi ses études sur les lésions syphilitiques de l'os du palais et l'infiltration gommeuse de son revêtement muqueux, et il a pu constater l'existence d'un processus semblable. Les altérations artérielles se montrent spécialement dans la tunique interne, où l'on retrouve des cellules en fuseaux avec de petits éléments ronds.

Ces résultats doivent être rapprochés de ceux que nous ont fait connaître déjà plusieurs histologistes, parmi lesquels il convient de citer Heulinus, Cornil et Marchiava. Le fait signalé par Majocchi pour les gommes trouve son analogue dans l'histoire du substratum infectant, il est intéressant de le voir aujourd'hui assimilé à tel processus rencontré dans les tumeurs non spécifiques telles que l'épithélioma. L. JULLIEN.

CAS DE SYPHILIS CONGÉNITALE, par Francis WARNER
(*The Lancet*, 29 janvier, 1881).

Quatre enfants syphilitiques ont présenté des manifestations laryngées et surtout spléniques intéressantes.

Obs. I. — Enfant de 9 semaines, atteint d'éruption pemphigôide et de

coryza spécifique; quinze jours après, pendant l'administration d'un traitement mixte, M. Warner vit se développer une hypertrophie considérable de la rate, qui descend jusqu'à l'ombilic pendant la disparition de l'éruption. Au bout d'un mois environ, cet organe revient sur lui-même et l'état général se rétablit.

Obs. II. — Enfant de 7 semaines; entre autres symptômes spécifiques, altération profonde de la voix. Mort au bout d'un mois; à l'autopsie, ulcération étendue du larynx et péritonite périsplénique récente, avec hypertrophie de la rate.

Obs. III. — Enfant de 10 ans, atteint seulement à cet âge d'accidents spécifiques: condylomes ulcérés de l'anus, laryngite ulcéreuse reconnue au laryngoscope, coryza et lésions pharyngées assez profondes. L'auteur n'a pour prouver l'origine héréditaire de la syphilis que la donnée suivante: son malade est le onzième enfant d'une famille où l'on ne compte presque que des mort-nés. Guérison intéressante et constatée au laryngoscope par le traitement mixte.

Obs. IV. — Enfant de 9 mois, atteint de manifestations syphilitiques depuis la troisième semaine. Éruption, coryza, déformations rachitiques légères des os. Hypertrophie splénique sensible, diminuant au bout de quatre mois environ sous l'influence d'un traitement mercuriel. Guérison générale.

Les lésions de la rate sont fréquentes dans la syphilis héréditaire; mais si leur étude anatomo-pathologique est peu avancée, leur étude clinique l'est encore moins, ce qui explique l'intérêt des faits que nous venons d'analyser.

H. G.

De Amicis. — DISCORSO DI CHIUSURA ALLE LEZIONI DI PATOLOGIA E CLINICA DERMOSIFILOPATICA NELL' ANNO SCOLASTICO 1880-1881. (DISCOURS DE CLOTURE DES LEÇONS DE PATHOLOGIE ET CLINIQUE DERMO-SYPHILOPATHIQUE, FAITES PENDANT L'ANNÉE 1880-1881.) *Napoli, tipografia Trani, 1881.*

Le professeur de Amicis, chargé de la clinique syphilopathique à l'Université de Naples, vient de publier, dans son discours de clôture, un rapide résumé des cas les plus intéressants observés pendant la dernière année scolaire.

Voici d'abord, pour faire suite à celles que nous avons publiées sur Rome, Gênes, Bologne, une statistique générale :

(Année scolaire 1880-81.)

HOMMES.¹

Blennorrhagie	294
Balanoposthite simple	47
Balanoposthite compliquée.	31
Condylomes acuminés.	74
Chancres mous.	287
Chancres mous compliqués.	112
Chancres indurés.	122
Chancres mixtes.	2
Accidents syphilitiques secondaires	275
Accidents syphilitiques tardifs	138

FEMMES.

Blennorrhagie.	47
Condylomes acuminés	3
Condylomes avec complication.	7
Chancres mous.	12
Chancres mous compliqués	33
Chancres indurés.	10
Accidents syphilitiques secondaires	63
Accidents syphilitiques tardifs	64

Parmi les cas les plus intéressants, nous noterons :

Un *ulcère phagédénique* ayant détruit presque toute la peau de la verge et du pubis, et qui fut complètement enrayé et guéri par la *greffe cutanée*;

Deux exemples de *chancres successifs*; chez un malade, un premier chancre parut sur le dos de la verge; un second, vingt jours plus tard, se montra sur la joue gauche. Chez une femme, le mamelon, puis le menton devinrent, à 3 semaines d'intervalle, le siège de l'accident primitif. Je ne puis signaler les faits de ce genre sans y insister; il serait à désirer que tous les cas qui se présentent fussent publiés, car leur interprétation bien comprise pourrait jeter une vive lumière sur la propagation du virus, et guider les efforts de ceux qui croient à l'efficacité de l'excrèse chancreuse.

Une syphilide papulo-tuberculeuse hypertrophique, dont les éléments examinés au microscope contenaient, en abondance, les *cellules géantes* de la tuberculose;

Deux *syphilides pigmentaires réticulées du cou et du tronc*, chez une femme, ce qui n'est point rare, et chez un homme, cas exceptionnel;

Quatre *albuminuries syphilitiques*, dont une compliquée d'hématurie survenue pendant la période secondaire et bien vite guéries par le mercure.

Les maladies de la peau ont fourni près de 600 cas, parmi lesquels j'en trouve 4 de *sarcomes cutanés, idiopathiques, pigmentés, généralisés*, 3 chez l'adulte, et 1 chez l'enfant. Mentionnons encore plusieurs cas de *lèpre* et les recherches de l'auteur à ce propos. Les malades atteints de cette terrible diathèse sont traités par la *macération de Hoang-nan*, dont l'emploi est encore trop récent pour qu'il soit possible de se prononcer à son sujet; nous en dirons autant des expériences entreprises pour vérifier la découverte du *bacillus lepræ* de Hansen.

L. JULLIEN.

BIBLIOGRAPHIE.

HYDRAMNIOS, — SA PATHOGÉNIE, — SES RELATIONS AVEC LA SYPHILIS, par le D^r BAR (THÈSE DE PARIS, 184 pages, 1881). Analysée par le D^r BARTHÉLEMY, chef de clinique de la Faculté.

Comme le dit très bien M. le docteur Bar, l'*hydramnios* est peut-être la complication de la grossesse dont la pathogénie a été le moins étudiée jusqu'à présent, du moins en France, bien qu'on s'accorde à reconnaître que cette affection est de celles dont la pathogénie est le plus obscure. Fidèle au titre choisi, l'auteur de cette importante monographie étudie la pathogénie de l'*hydramnios*, en se plaçant d'abord à un point de vue général. Il entre sans tarder au cœur de la question et, voyant combien son sujet se rattache intimement aux questions de physiologie et de pathologie fœtales, il attaque de front ces points difficiles dont l'importance est reconnue de tous, mais dont l'étude n'a été néanmoins que fort peu abordée.

La première partie de cette thèse est consacrée à la recherche des origines normales du liquide amniotique, tour à tour attribué soit au fœtus, soit à la mère, puis (et avec plus de raison) aux organismes fœtal et maternel à la fois. M. Bar a fait là une remarquable étude critique de la question, en s'appuyant sur des recherches personnelles. Nous devons en effet signaler immédiatement une des particularités de ce travail, c'est son originalité, l'auteur n'ayant employé que des matériaux recueillis par lui-même, « ayant mieux aimé n'apporter que quelques documents, pourvu qu'ils fussent nouveaux, que de faire œuvre de simple compilation.

Nous pouvons ajouter, dès aujourd'hui, que l'originalité a été obtenue, et que, d'autre part, les points nouveaux mis en lumière sont aussi intéressants que multiples. Nous ne pouvons, dans cette analyse pour une revue spéciale, les développer tous ; nous toucherons légèrement ceux qui sont du domaine de l'obstétrique, nous réservant d'insister sur les questions plus directement rattachées à la syphilis.. Un point toutefois est à remarquer, c'est que c'est en faisant d'abord une étude générale des conditions pathogéniques de l'*hydramnios* que M. Bar est arrivé à voir et

à démontrer l'importance considérable que, là encore, il fallait reconnaître à la syphilis.

On sait en effet que, jusqu'à ce jour, la syphilis avait été *soupçonnée*, *bien plus que convaincue* de produire l'hydramnios. En France notamment, le professeur Fournier fut le premier, sinon le seul, à attirer l'attention de ce côté. A l'étranger, d'autres auteurs affirmèrent des relations de cause à effet entre la syphilis et l'hydramnios. Mais personne n'avait *démonstré* l'action de la syphilis, en ce sens que le mécanisme n'a nulle part été ni recherché ni saisi.

Nous allons voir comment M. Bar a entrepris d'atteindre le résultat proposé et sur quels arguments il était son opinion, quand il nous apprend que *la syphilis est bien une des causes de l'hydramnios et dans quelles limites elle exerce son influence pathogénique*.

A la page 41 commence un chapitre qui nous intéresse spécialement : « *Le liquide amniotique peut-il être produit par la transsudation des parties liquides du sang fœtal à travers l'amnios?* ». M. Bar vérifie tout d'abord ce fait, admis autrefois par Monro, décrit plus récemment par Sallinger. Il injecte dans la veine ombilicale de l'eau et soumet le liquide à une *certaine pression* : on peut voir alors le liquide suinter sur la face externe du cordon et sur la face fœtale de l'amnios au niveau du placenta.

De ce fait, M. Bar tire cette conclusion inattaquable : sous une *certaine pression* (peut-être eût-il pu la déterminer et rechercher si elle ne varie pas suivant les conditions de l'expérience), les liquides contenus dans la *veine ombilicale* peuvent transsuder dans la cavité amniotique (page 46). Cela étant admis, n'a-t-on pas le droit de se demander si, pendant la vie intra-utérine, un obstacle survenant suivant le trajet *de la veine ombilicale* et ayant pour effet d'augmenter la pression à laquelle est soumis le sang dans ce vaisseau, les parties liquides du sang ne viendraient pas suinter à la surface du cordon et de l'amnios et ainsi accroître la quantité de liquide amniotique, c'est-à-dire donner lieu à l'hydramnios ? c'est ce qui paraît d'autant plus vraisemblable à l'auteur qu'il s'est préalablement assuré que l'exosmose, constatée dans l'expérience citée plus haut, n'est pas artificielle et qu'il a étudié les voies par lesquelles passe le liquide pour aller de l'intérieur des vaisseaux dans la cavité de l'amnios (p. 58-63).

En colorant le liquide en bleu, M. Bar a pu, sur une coupe microscopique, surprendre la marche de cette exosmose : la coloration bleue n'est pas régulièrement diffusée dans le cordon, elle forme un réseau à mailles plus étroites vers le centre qu'à la périphérie. La figure 1 de la planche II donne une bonne idée de ce réseau de *lacunes lymphatiques*, situé sur les parties moyennes des travées du cordon.

La planche II nous donne la coupe d'un amnios hydropique et la figure 4 montre notamment que l'amnios contient des espaces lacunaires dans lesquels peuvent circuler les liquides.

La planche III (fig. 3) fait voir nettement la coloration bleue, arrivée sous les cellules épithéliales (pavimenteuses stratifiées), passer entre ces cellules, par le *cément intercellulaire* et nullement par l'intérieur des cellules.

Partant de ces faits, M. Bar étudie, dans la *seconde partie de sa thèse*, les causes de l'hydramnios, et notamment (p. 118-133) les causes qui peuvent amener dans la veine ombilicale des troubles circulatoires (Théorie de Sallinger).

Dans un chapitre fort intéressant, fort clair et très net, M. Bar démontre qu'il y a *analogie complète de fonctions* entre la veine ombilicale du fœtus et les branches intestinales de la veine porte, et continue la *comparaison au point de vue pathologique* et conclut ainsi :

Dans tous les cas où elle est due à des troubles vasculaires, l'hydramnios est pour le fœtus, ce que l'ascite, par gêne apportée à la circulation de la veine porte, est pour l'adulte.

Comme l'ascite, l'hydramnios pourra être due à des lésions du foie, à condition que la lésion soit étendue et entrave suffisamment la circulation.

Comme l'ascite, l'hydramnios pourra être causée dans les cas où le cœur droit sera assez lésé pour augmenter la pression dans la circulation veineuse.

Par un mécanisme encore identique, la cause primitive des désordres circulatoires pourra siéger plus haut que le cœur et devra être attribuée à des troubles de la circulation pulmonaire.

Ces conclusions ne sont pas des vues théoriques, mais sont appuyées sur des faits. M. Bar publie en effet des observations très complètes, avec autopsie, avec pièces anatomiques et examens microscopiques, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'examen des planches jointes à sa thèse.

Ces pièces proviennent de fœtus morts à la suite d'hydramnios ; dans ces cas, aucune autre lésion soit du placenta, soit de l'amnios lui-même, soit de l'organisme maternel, ne pouvait être invoquée comme cause de l'hydramnios ; ces faits ne peuvent être considérés comme de simples coïncidences et ont donc une valeur considérable pour l'explication de la pathogénie de l'hydramnios.

En résumé, l'hydramnios peut être causée par des lésions occupant soit l'organisme maternel, soit l'organisme fœtal. Ici, nous ne pouvons nous occuper que des dernières, et encore pas de toutes : les lésions peuvent siéger sur les ramifications capillaires (phlébite des bran-

ches d'origine) de la veine ombilicale, sur le tronc même (sténose, varices) de la veine ombilicale, ou bien dans le foie, ou plus haut même que le foie, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

Mais, dira-t-on, que devient la syphilis, dans tout ceci ? Parmi toutes ces causes, elle est bien perdue de vue.

Non, en vérité, et c'est même un des points les plus remarquables de la thèse de M. Bar : Étant venu à rechercher accessoirement si, parmi les causes signalées (grossesse gemellaire, mort du fœtus, etc.), de l'hydramnios, la syphilis n'avait pas aussi une certaine part, il trouve, en fin de compte, *que la syphilis est, non pas la seule cause, mais une des causes les plus fréquentes de l'hydramnios, et qu'elle agit exactement d'après le mécanisme indiqué pour les hydramnios de cause fœtale.*

On sait en effet combien est grande la prédilection de la syphilis pour les vaisseaux : c'est toujours autour des vaisseaux que les cellules embryonnaires prolifèrent, c'est autour d'eux *seuls* que se développe la néoformation fibreuse qui va peu à peu en diminuer puis en oblitérer le calibre et, de fait, c'est à ces deux processus que se réduit toute la néoplasie syphilitique. Or, dans certains cas d'hydramnios de cause fœtale, si l'on vient à faire une injection dans la veine ombilicale, on peut voir que le foie reste imperméable sur un grand nombre de points.

On sait d'autre part que cette action de la syphilis ne se porte pas autour de *tous les vaisseaux indistinctement* — mais, soit autour des *lymphatiques*, comme Klebs, Hayem et d'autres l'ont démontré pour le foie et pour l'hépatite spécifique, et soit surtout autour *des artères*, c'est-à-dire autour des vaisseaux contenant le sang oxygéné. Or, n'est-ce pas encore ce qu'on observe ici ? Pour le fœtus, en effet, la veine ombilicale joue le rôle d'une artère.

Le propre de la syphilis est donc de créer par péri-artérite, artérite et thrombose des troubles de la circulation et de la nutrition. D'ailleurs, ainsi que M. le professeur Fournier l'a mis hors de doute, c'est par un processus identique et qui lui semble cher que la syphilis engendre si souvent les affections du système nerveux central.

Cela étant posé, pour produire l'hydramnios, que faut-il ? des troubles circulatoires.

Ici, comme dans tant d'autres cas, la syphilis n'a pas d'action spéciale (p. 148), elle agit seulement comme n'importe quelle autre cause qui arrêterait le cours du sang dans la veine ombilicale. Toutefois la *syphilis* a cela de particulier que, plus fréquemment que toute autre cause, *elle crée par lésion vasculaire des troubles circulatoires, et des troubles circulatoires étendus. L'étendue* des lésions et des troubles consécutifs est en effet indispensable pour produire l'hydramnios et c'est ce qui explique l'absence d'hydramnios dans certains cas de lésions, même

syphilitiques, du foie, quand ces lésions n'atteignent que quelques points du foie en laissant indemnes les autres parties.

M. Bar termine (p. 177) en étudiant *les rapports qui existent entre la syphilis et l'hydramnios*. Il fait remarquer d'abord que l'hydramnios est une complication rare, d'une façon absolue, chez les syphilitiques, et rare surtout, au point de vue relatif, par rapport à certaines périodes de l'évolution de la diathèse syphilitique.

Jamais on n'a trouvé d'hydramnios chez une femme syphilitique, quand il n'y a pas de syphilis fœtale. Mais pour qu'il y ait hydramnios, il ne suffit pas qu'il y ait infection du fœtus. Il faut que le fœtus soit atteint de lésions qui aient pour effet d'entraver la circulation dans le système de la veine ombilicale, qu'il y ait syphilis viscérale étendue.

Aussi, quand nous voyons une femme syphilitique être atteinte d'hydramnios, nous devons porter un pronostic défavorable pour l'enfant, surtout si nous voyons cette complication se développer rapidement vers le 4^e, 5^e ou 6^e mois (et c'est en effet l'époque la plus habituellement signalée pour l'apparition *rapide* de l'hydramnios), c'est-à-dire au moment où les lésions viscérales du fœtus sont le plus souvent en pleine évolution.

M. Bar ajoute : Quand chez une femme, même ne présentant pas de signes de syphilis, nous voyons l'hydramnios apparaître vers le milieu de la grossesse et assez rapidement, il ne faudrait pas songer tout d'abord à une malformation du fœtus, ou à quelque cause analogue ; dans ce cas, l'exagération de la quantité liquide amniotique existe généralement depuis le début de la grossesse ; il faudra songer en première ligne à une lésion pathologique survenant du côté de l'organisme fœtal et venant entraver la circulation dans la veine ombilicale ; or, *il est très probable que cette lésion est de nature syphilitique*.

Nous ne pouvons résumer tous les chapitres intéressants de cette remarquable thèse. Il faut toutefois signaler encore ici celui où l'auteur étudie l'influence pathogénique des affections cutanées (malformations, pemphigus, nævi, etc.), dont peut être atteint le fœtus (p. 116) et où il montre que de nouvelles recherches sont ici encore nécessaires pour éviter les conclusions hâtives.

On peut juger, par cette analyse déjà longue bien que superficielle, de l'importance du sujet et du talent avec lequel il a été traité.

Nous sommes heureux d'être un des premiers à présenter au public médical ce travail éminemment instructif, dans lequel les questions difficiles ont été abordées de front et qui marque une nouvelle période dans l'histoire de l'hydramnios, celle que l'on pourrait appeler *la théorie mécanique de l'hydramnios*.

D^r BARTHÉLEMY.

DE L'ARTHRITE AIGÜE D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE, par le docteur ANDRÉ-FÉLIX BRUN (thèse de doctorat, Paris, 1881).

L'auteur de cette intéressante monographie, avant d'aborder l'étude spéciale qu'il consacre à l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique, résume ainsi les opinions actuellement en vigueur sur les arthropathies de la chaude-pisse :

« Dans certains cas, le rhumatisme blennorrhagique se manifeste sous la forme d'une hydarthrose, dont les caractères essentiels sont sa formation rapide et sa tendance à la chronicité. Plus souvent, il se caractérise par le développement d'arthrites quelquefois uniques, généralement multiples, mais moins nombreuses et moins mobiles que celles qui se développent sous l'influence du rhumatisme articulaire aigu ordinaire. *Lorsqu'elle est unique, cette arthrite peut, dans certains cas exceptionnels, s'accompagner de symptômes assez violents pour simuler au début une véritable arthrite traumatique*; mais ces symptômes aigus ne tardent pas à s'amender et à prendre une allure plus modérée au bout de quelques jours. »

C'est cette forme spéciale d'arthrite blennorrhagique aiguë, simulant une arthrite traumatique, que l'auteur décrit dans sa thèse inaugurale, après lui avoir consacré un premier mémoire en collaboration avec son maître, M. le professeur Duplay (*Arch. gén. de méd.*, mai 1881). Cette variété d'arthrite n'était qu'incomplètement étudiée jusqu'à présent; elle méritait d'être bien connue en raison de sa fréquence et des indications thérapeutiques précises qu'elle comporte.

L'étiologie de l'arthrite blennorrhagique aiguë est celle du rhumatisme blennorrhagique en général. Deux conditions adjuvantes doivent être cependant signalées: le *froid* et les *traumatismes*, causes accessoires qui peuvent induire en erreur le médecin qui néglige de procéder à un examen minutieux des organes génitaux. L'affection est peut-être plus fréquente chez la femme que chez l'homme; elle survient à toutes les phases de la blennorrhagie, coïncidant aussi bien avec les blennorrhagies aiguës qu'avec les simples blennorrhées. L'urétrite virulente n'est, du reste, pas seule en cause, et l'auteur serait disposé à remplacer le terme d'arthrite blennorrhagique par celui d'arthrite génitale, confondant sous un même titre, en raison de leurs analogies, les arthropathies aiguës de la chaude-pisse et celles que l'on peut observer à la suite du cathétérisme ou après l'accouchement. En ce qui concerne la nature et la pathogénie de ces arthrites, le docteur Brun se rallierait volontiers à l'opinion de

M. Lasègue, qui les rapproche des arthrites pyohémiques « ce que les recherches hématologiques récentes tendent de jour en jour à confirmer, mais ce que la constatation simultanée d'un microbe de la chaude-pisse dans le pus urétral et dans l'épanchement intra- ou péri-articulaire permettra seule d'affirmer catégoriquement. »

L'arthrite aiguë blennorrhagique est ordinairement précédée de douleurs vagues et mobiles occupant successivement la plupart des jointures, puis subitement, souvent au milieu de la nuit, se manifestent les symptômes de l'arthrite localisée. Ces symptômes consistent en une douleur atroce et un gonflement oedémateux considérable qui entraînent avec eux une déformation notable et une impotence fonctionnelle du membre. La douleur est remarquable par son *intensité* et son exacerbation nocturne, qui rend le sommeil complètement impossible; un autre caractère de cette douleur, c'est sa *persistance* jusqu'à l'établissement d'un traitement approprié. Le gonflement est également très marqué, dû pour la plus grande part à un oedème aigu du tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois aussi à la tuméfaction des extrémités osseuses; c'est un gonflement chaud, mou, donnant quelquefois la sensation d'une fausse fluctuation, s'accompagnant d'une rougeur intense de la peau, tous signes qui appartiennent à l'arthrite aiguë d'origine traumatique.

Le siège de l'arthrite est variable, mais elle occupe le plus ordinairement le poignet et le coude, plus rarement les articulations des pieds, l'articulation sterno-claviculaire, les articulations des phalanges.

La marche de l'affection dépend avant tout du traitement; les terminaisons sont diverses et, à ce point de vue, l'auteur distingue une arthrite *résolutive*, une arthrite *plastique ankylosante*, une arthrite *destructive*. La suppuration de l'articulation est rare, mais possible, ainsi que le prouvent deux exemples incontestables dus à M. Fournier et à Prichard. Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que l'arthrite blennorrhagique aiguë, comme les autres formes du rhumatisme de la chaude-pisse, est remarquable par le peu de développement des symptômes généraux, en disproportion évidente avec l'intensité des phénomènes articulaires.

Le traitement de l'arthrite aiguë blennorrhagique est aussi simple qu'efficace. « Quelle que soit l'acuité avec laquelle se montrent les phénomènes inflammatoires qui accompagnent l'arthrite à son début, une immobilisation absolue (à l'aide d'un appareil plâtré) est le seul traitement qui permette de les calmer d'une manière rapide et sûre. Cette immobilisation pratiquée jusqu'à la disparition complète de la douleur provoquée par la pression permet, chez un grand nombre de malades, d'obtenir une guérison absolument radicale. Il est des cas où, quelle que

soit la rigueur du traitement mis en œuvre, la terminaison par ankylose ne peut être évitée. »

Ainsi qu'on peut en juger par cette rapide analyse, le travail de M. le docteur Brun est une contribution importante à l'étude du rhumatisme blennorrhagique ; le style clair et concis de cette thèse, tout autant que les considérations nouvelles qui s'y trouvent, en rendront la lecture attrayante et utile.

P. MERKLEN.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU. Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par J.-B. HILLAIRET, rédigées et précédées de l'anatomie et de la physiologie de la peau, par E. GAUCHER.

PREMIER FASCICULE. — *Anatomie et Physiologie. — Pathologie générale.*
Paris, 1881, Otave Doin.

Ce nous est une vive satisfaction personnelle de signaler au public médical l'œuvre d'un savant maître et collègue que nous avons, durant de longues années, vu à l'œuvre, et qui ne mérite pas seulement le titre de dermatologiste, mais au plus haut degré le titre de *médecin* dermatologiste. Au lecteur, nous pouvons par avance affirmer que l'auteur a vu tout ce qu'il décrit, et qu'il ne décrit que ce qu'il a vu. Justement respectueux de l'œuvre de Bazin et de Hardy, ses collègues aînés, mais ses collaborateurs pendant de longues années, M. Hillairet ne s'est décidé à écrire dogmatiquement qu'au couronnement de sa carrière. Assurément il eût pu le faire plus tôt, au grand bénéfice de tous, mais nous ne saurions lui faire un reproche de sa modestie ni de sa temporisation ; nous voulons, au contraire, les signaler comme un exemple rare et bien digne d'être remarqué à une époque où de semblables scrupules ne sont pas absolument communs.

En réalité, la dermatologie, pas plus qu'aucune autre partie, générale ou spéciale, de la science des maladies, ne se doit improviser ; il faut des années, et de longues années, pour voir véritablement les faits en pleine lumière, et d'un point assez élevé pour les pouvoir juger dans leur ensemble ; pour suivre leur évolution dans le temps et dans les individus, non moins que pour se former une opinion propre sur la thérapeutique.

Le praticien, plus encore peut-être que l'élève, lira avec fruit ces

pages substantielles dans lesquelles l'auteur a condensé le fruit d'une longue et vaste expérience.

Voici, très sommairement, un aperçu du premier fascicule de l'ouvrage, le seul paru :

PREMIÈRE PARTIE. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. — Cette partie est rendue nécessaire aussi bien au commencement d'un enseignement oral que d'un enseignement écrit, pour deux raisons : la première est que l'éducation anatomique des élèves de notre époque n'a pas encore été élevée au niveau où l'ont portée les plus récents progrès. La seconde est que les médecins auxquels sont destinés également l'enseignement et le livre ont généralement oublié le peu qu'ils avaient appris et ne sont certainement pas au courant des plus récentes acquisitions de l'histologie cutanée. Aussi, loin de trouver que le jeune et distingué collaborateur qui a rédigé cette partie de l'ouvrage avec un véritable talent ait donné trop de développement à sa contribution, pensons-nous qu'il devra, dans une édition ultérieure, l'amplifier très notablement.

DEUXIÈME PARTIE. — CHAPITRE I^{er}. — Sémiologie générale. — Ce chapitre, très étendu, est traité avec le plus grand soin par M. Hillairet, qui s'attache à faire profiter ses auditeurs du fruit de sa longue expérience. C'est une véritable revue générale de la dermatopathologie presque entière, qui gagnait certainement à être entendue de la bouche même du savant professeur, et scindée en leçons distantes l'une de l'autre. A la lecture, la richesse des détails sera peut-être un peu exubérante pour celui qui débute dans les études dermatologiques et qui ne peut certainement pas assimiler aisément une nourriture scientifique aussi succulente. Au demeurant, c'est au lecteur à proportionner sa lecture à ses besoins et à ses facultés d'assimilation.

CHAPITRE II. — Anatomie pathologique. — C'est une étude d'anatomie pathologique de la peau envisagée à titre général et sommaire ; l'auteur a pensé que ce serait faire double emploi de décrire à présent ce qui sera de nouveau produit dans les descriptions particulières des maladies cutanées, et (l'on pourrait ajouter) ce qui a déjà été indiqué dans le chapitre précédent en plus d'un endroit, à propos des *tubercules*, par exemple.

CHAPITRE III. — De l'évolution des maladies de la peau, marche, durée et terminaison. — Il y a là encore peu de matière à employer utilement pour les débutants, et il faudrait de grands développements pour présenter ce sujet à des médecins. Éternel écueil de la pathologie générale, tant est grande la variété des détails !

CHAPITRE IV. — Considérations générales sur le diagnostic des maladies de la peau. — Excellentes pages de bonne et saine clinique. Nous ne faisons de réserve que sur un point : M. Hillairet, rappelant l'exagération avec laquelle Bazin avait voulu imposer aux *affections*

cutanées des caractères *pathognomoniques* de la *maladie* dont elles n'étaient qu'un élément, rejette, à peu près complètement sur ce point, la doctrine bazinienne. Nous pensons, pour notre part, que tout n'est pas erroné dans le diagnostic élevé de la lésion à la maladie. Assurément les caractères capables de fournir ces indications ne peuvent pas être imprimés en un catéchisme mis à la portée de tous les médecins, et il ne s'agit pas de se servir *exclusivement* de ces caractères pour affirmer la nature de la *maladie*. Mais, en maintes circonstances, le médecin peut trouver, dans ces phénomènes propres, des indices de grande utilité ; pour les arthritides, en particulier, la part considérable que prend le réseau sanguin superficiel dans la constitution des lésions n'est-elle pas un grand signe de probabilité ? Le psoriasis des arthritiques n'est-il pas très ordinairement discret ? L'acné à cicatrices (acné pilaire) de la bordure du cuir chevelu et de la barbe, de la paroi antérieure du thorax n'est-elle pas un excellent indice d'arthritisme ? Assurément tout cela est assez délicat et ne peut guère être démontré mathématiquement, mais nous nous sommes assuré que la voie tracée par Bazin est bonne et que l'idée par lui jetée sera féconde, alors même que ces préceptes seraient entièrement à refondre.

CHAPITRE V. — *Pronostic général des affections cutanées*. — Nouveau et très bon chapitre de pathologie générale. Nous nous associons complètement aux réserves que fait l'auteur sur la prétendue innocuité du traitement actif dirigé contre CERTAINES *affections déterminées* de la peau. C'est là un point sur lequel tous les maîtres de l'école française sont unanimes. L'école allemande appelle en vain cette doctrine la « *réverie ou la folie française* » ; les praticiens de tous les temps appelleront cela, avec nous, l'erreur, la très grave *erreur allemande* !

CHAPITRE VI. — *Étiologie générale des maladies de la peau*. — Le point capital de ce chapitre est l'affirmation nette, par un dermatologiste, médecin consommé, de la réalité et de la haute prédominance de l'*arthritisme* dans la dermatopathologie. Nous l'avons assez dit ailleurs pour n'avoir pas à le répéter : « l'herpétisme » n'est qu'un mot dont la génération médicale actuelle (je parle pour notre pays) fait le plus étrange, le plus injustifiable et le plus désastreux abus. Nous sommes sur ce point en communion d'idées absolue avec l'auteur.

CHAPITRE VII. — *Thérapeutique générale des maladies de la peau*. — Pages excellentes, que médecins et élèves liront avec un égal profit ; les proportions de ce chapitre sont parfaites et ne sont pas passibles du reproche que nous avons fait au chapitre de la sémiologie générale qui gagnerait à être très allégé.

CHAPITRE VIII. — *Classification*. — Ce sujet, d'un grand intérêt doctrinal, et que nous avons, à plusieurs reprises, exposé en entier dans nos

leçons cliniques, est traité par M. Hillairet avec le soin le plus consciencieux et sa lecture épargnera de fastidieuses recherches aux non-initiés. L'auteur ni le lecteur n'attendent de nous que nous discutions la doctrine en général, ni la classification particulière du livre.

Nous ne cessons de le répéter, on ne peut classer méthodiquement que des éléments suffisamment individualisés et différenciés.

A aucun titre, une véritable classification dermatologique n'est actuellement réalisable. Chaque auteur est parfaitement fondé à adopter le groupement qui lui paraît le plus favorable. C'est ce qu'a fait M. Hillairet, et nul n'aurait pu faire mieux.

En résumé, la première partie de l'ouvrage, dont nous donnons une indication bien imparfaite, fait vivement désirer la publication des autres fragments. Encore quelques années, et la France aura reconstitué la science dermatologique nationale et se rapprochera du rang qu'elle a perdu par sa faute.

ERNEST BESNIER.

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME DEUXIÈME

1881

Pages.

A

Abcès de la glande vulvo-vaginale et fistule vagino-rectale, par Tommaso de Amicis	629
Accouchement, syphilis constitutionnelle chez la mère, syphilis congénitale chez l'enfant, par Depaul	564
Acné varioliforme (Du traitement de l'acné), par Horand	104
Affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané, par Mauriac	45-471
Arnozan (Xavier). — Myomes à fibres lisses, multiples, confluent et isolés de la peau	60
Arthrite blennorrhagique du genou. Ankylose, par Gosselin	390
Arthrite blennorrhagique, par Duboc	570
Arthrite aiguë blennorrhagique (De l') par Félix Brun	793
Aubert. — Diagnostic de la teigne faveuse	34
Aubert. — Rôle du traumatisme dans l'étiologie de la teigne faveuse	289

B

Barth (Henri). — De la filaire du sang et de ses rapports avec l'éléphantiasis des Arabes et quelques autres maladies des pays chauds (Revue générale).	546 et 677
Barthélemy. — Quelques considérations sur la syphilis viscérale et particulièrement sur la syphilis rénale	272
Barthélemy. — Syphilis chez une négresse	320
Barthélemy. — Sur un cas de sycosis non parasitaire généralisé	523
Barthélemy. — Verrues seborrhéiques ou verrues plates de la vieillesse	535
Barthélemy. — Étude générale des rash	553 et 705
Barthélemy. — Note sur un cas de dermatosclérose partielle ou de sclérodémie en plaques	663
Besnier (Ernest). — Sur un cas de tumeur à évolution clinique analogue à celle du cancer (cancer clinique) et à détermination histolo-	

	Pages.
gique ambiguë, participant des caractères du granulome et du lymphadénome	637
Blennorrhagique (Le microbe du pus), par C. Weiss.	189
Blennorrhagique (Arthrite), voy. Arthrite.	
Brachet et Monnard. — Observation d'un cas de xanthome en tumeur	658
Brome (Traitement par l'acide salicylique des éruptions produites par le), par W. Prowse	149
Bubons (Traitement par les ponctions multiples), par Wiegner	392
Bubons suppurés (Nouveaux faits en faveur de l'aspiration dans le traitement des), par Le Pileur	308

C

Cachexie pachydermique (Revue générale), par Merklen	359
Cachexie pachydermique (Contribution à l'étude de la), par Freissinger (de Thaon)	712
Chambard (Ernest). — Anatomie pathologique de la peau (Revue générale).	823
Chambard (Ernest). — Anatomie et physiologie de la peau (Revue générale).	538
Chancre (De la destruction du) comme moyen abortif de la syphilis (Revue générale), par Leloir	69
Chancre induré (De l'excision du), par Klink	163
Chancreuse (Note sur la contingence des résultats de l'excision), par l'anonyme du parasitat.	375
Chancre syphilitique (Excision du), par Mauriac.	377
Chancre syphilitique (Excision d'un), à la 48 ^e heure de sa durée, par Mauriac	532
Chancres syphilitiques (Deux excisions de), par Gibier (de Savigny) .	562
Chancre de siège insolite, par Poncet	415
Chancre syphilitique (De l'excision du), par Zeissl	161
Chancre infectant du vagin, par Binet	378
Chancre de l'amygdale ayant simulé un épithélioma chez une femme de 64 ans, par P. Merklen	673
Chancre non infectant du col de l'utérus (Contribution à l'étude du) par de Moënes	295
Chancre mou (Inoculation du pus d'un) venant d'un sujet syphilitique, par Gee	770
Chandelux et Rebatel. — Note sur un cas de lupus de la face. Examen histologique.	268
Chaulmoogra (De l'huile de) et de l'acide gynocardique dans le traitement des maladies de la peau.	766
Chéloïde diffuse xanthélasmique (Observation pour servir à l'histoire de la) par Rigal.	491

	Pages.
Chloral (Hydrate de) dans les affections de l'appareil génito-urinaire chez l'homme, par André Martin.	382
Classification des maladies de la peau, par Auspitz.	172
Classification des maladies de la peau (Complément au tableau synoptique de la), par Auspitz.	474
Classification des maladies de la peau, par Schwimmer.	734
Comédons (En quoi consiste le point noir des), par Unna.	398
Congrès international des sciences médicales (de Londres), maladies de la peau.	194
Cornil et Suchard. — Note sur le siège des parasites de la lèpre. . .	653

D

Delphinium Ajacis (Expériences thérapeutiques sur le), par Fortunato Benvenuti.	769
Dermatologie (Thèses soutenues en 1880 sur la).	195
Dor. — Papules syphilitiques de la conjonction palpébrale et bulbaire.	323

E

Eczéma (de l') quinique, par Ackermann.	100
Eczéma (Contribution au traitement de l'). Pansement avec de la mouseline enduite de pommade, par Unna.	131
Eczéma aigu de la face consécutif à une névralgie, par Cavafy. . . .	150
Eczéma (Note sur l'anatomie pathologique de l'), par E. Gaucher. . .	263
Eczéma (Traitement de l'), par Lassar, Lewin, Köbner.	587
Éléphantiasis des Arabes (Ses rapports avec la filaire du sang). Revue générale, par H. Barth.	546-677
Épididymite blennorrhagique (Anatomie pathologique et traitement de l') par Terrillon.	389
Éruptions cutanées dans les maladies des reins, par Collin, Quinquaud, J. Duval, de Santi.	714
Éruptions médicamenteuses, par A. Van Harlingen.	612
Érythèmes généralisés à la suite d'irritations cutanées locales, par Larmaude.	403
Érythème et érysipèle menstruels, par Pauli.	421
Erythema gyratum, par Colcott Fox.	611
Exanthème quinique (Cas d'), par Karl Denk.	133

F

Faveuse (Diagnostic de la teigne faveuse), par P. Aubert	34
Faveuse (Rôle du traumatisme dans l'étiologie de la teigne), par P. Aubert	289
Favus isolé sur une jambe, par Sebastiano Giovannini	153
Favus (Anatomie et traitement du), par Unna	403
Favus (Nouvelle méthode d'épilation dans le), par Duncan Bulkley	767
Fibrome molluscum du cuir chevelu et de la face, par Schultze	437
Filaire du sang (Ses rapports avec l'éléphantiasis des Arabes et quelques autres maladies des pays chauds), par H. Barth	546-677
Fistule d'origine syphilitique de la voûte palatine, par Trélat	384
Folliculites agminées (Sur un cas de), par Barthélemy	523
Fongoide (Néoplasme) inflammatoire, par L.-A. Duhring	740
Fournier (Alfred). — Un cas de mal de Pott d'origine syphilitique	49
Furoncle auriculaire et furonculose générale (Du rôle des microbes dans le), par Lœwenberg	97
Furoncle (Contagion du), par Trastour	97
Furonculose survenue après l'usage interne du condurango, par Guntz	407

G

Gale (L'acide phénique dans le traitement de la), par Frissart	105
Gaucher (Ernest). Note sur l'anatomie pathologique de l'eczéma	263
Gommes du cerveau; du foie et des testicules, par Bradbury	167
Granulome (Voyez tumeur de la peau)	637
Gynocardique (Acide) et huile de Chaulmoogra dans le traitement des maladies de la peau, par Gee	766

H

Herpès tonsurant vésiculeux, par Unna	134
---	-----

I

Ichthyose héréditaire palmaire et plantaire cornée, par Thost	418
Impuissance (De l') produite par le salicylate de soude, par Dubrisay	121
Index bibliographique	197
Iodure de potassium (L') peut-il provoquer la maladie de Bright, par Otkinson	733

K

Kerion Celsi, variété de la teigne tonsurante, par Edmonson Atkinson.	610
---	-----

L

Leloir (Henri). — De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis.	69
Le Pileur. — Nouveaux faits en faveur de l'aspiration dans le traitement des bubons suppurés	308
Lèpre tuberculeuse (Des modifications des ganglions lymphatiques dans la), par Iwanowsky	138
Lèpre (Observation de), par Breuer	415
Lépreux (Résultats obtenus dans le Lungegaard hospital à Bergen pour les), par Danielssen	419
Lèpre anesthésique (Élongation des nerfs dans la), par Gerald Bomfort	605
Lèpre (Note sur le siège des parasites de la), par Cornil et Suchard	653
Lèpre (Caractéristique clinique de la), par Rosenthal	742
Lèpre (Contribution à l'étiologie de la), par Alb. Neisser	749
Lèpre (Notes cliniques et anatomiques sur la), par C. Roberty	756
Lèpre (Contribution au traitement de la), par Langerhans.	760
Lichen planus (Note sur l'origine nerveuse du), par Colcott Fox	146
Lupus (Anatomie pathologique du), par Chandelux	102
Lupus de la face (Note sur un cas de), examen histologique, par Chandelux et Rebatal.	268
Lupus (Contribution au traitement du), par Schiff	408
Lymphadénome (Voyez tumeur de la peau).	637
Lymphome malin guéri par l'arsenic, par Pauli	423
Lympho-adenopathies symptomatiques de la syphilis, par C. Mauriac.	124

M

Mal de Pott d'origine syphilitique (Sur un cas de), par A. Fournier.	19
Maladies de la peau (Relation qui les unit aux lésions de la substance grise de la moelle), par Jarisch	396
Maladies de la peau qui s'observent en Italie (Traité élémentaire des), par Giuseppe Profeta.	451
Maladies (Diagnostic analytique des), qui sont du ressort de la dermatologie et de la syphiligraphie et conseils thérapeutiques, par Wertheim.	460

	Page.
Maladies de la peau (Sur l'étiologie des), par Jarisch.	607
Maladies de la peau (Classification des), par Auspitz.	172
Maladies de la peau (Complément au tableau synoptique de la classification des), par Auspitz.	614
Maladies de la peau (classification des), par Schwimmer.	734
Maladies traitées dans la clinique et le dispensaire dermosyphilopathique de Rome (Compte rendu des), par Manassei.	616
Maladies traitées dans les cliniques et le dispensaire syphylodermopathique de Padoue, par A. Breda.	616
Maladies vénériennes, syphilitiques et cutanées, traitées dans la clinique de Bologne (Statistique des), par Gamberini.	616
Maladies de la clinique de Bologne (Statistique des), par Pericle Minelli.	631
Maladies de la peau (Traité théorique et pratique des), par J.-B. Hillairet et E. Gaucher.	795
Maladies de la peau (Traité pratique des), par Duhring.	449
Maladies de la peau (Pharmacopée pour les), par Balmano Squire. . .	188
Martineau. — Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis.	721
Mauriac (Charles). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané.	44-471
Mauriac (Charles). — Incision d'un chancre syphilitique à la 48 ^e heure de sa durée.	532
Mélano-sarcome de la peau (Cas de), par Duncan Bulkley.	145
Mercure (Action du), sur le sang, par L. Robin.	360
Mercure (Voir syphilis, traitement).	
Merklen (Pierre). — Scrofule et tuberculose, Revue critique. . .	343-691
Merklen (Pierre). — Cachexie pachydermique, Revue générale. . .	359
Merklen (Pierre). — Chancre de l'amygdale ayant simulé un épithélioma chez une femme de 64 ans.	673
Molènes (De). — Contribution à l'étude du chancre non infectant du col de l'utérus.	295
Molluscum (fibrome) du cuir chevelu et de la face par Schultze. . .	137
Molluscum pendulum généralisé par Francisco Iniguez.	154
Monnard et Brachet. — Observation d'un cas de xanthome en tumeur. .	658
Mycosis fongoïde (Un cas de), par Hillairet.	103
Myomes à fibres lisses, multiples, confluent et isolés de la peau par Arnózan et Vaillard.	60
Myxœdème, Revue générale, par P. Merklen.	359
Myxœdème en Basse-Bretagne, par Morvan (De Lannilis).	71

N

Naphtol contre les maladies de la peau, par Kaposi	594
Néphrites d'origine spécifique (quelques considérations sur la syphilis viscérale et particulièrement sur la syphilis rénale), par Barthélemy.	272
Néoplasme fongoi ^{de} inflammatoire, par L.-A. Duhring	740

O

Onychopathologie. (Études préliminaires anatomo-physiologiques pour une), par Unna.	372
Orchite épidémique, par Heller	571
Orchite (Traitement par les applications topiques d'iodoforme), par Sabadini	391
Orchite blennorrhagique (Sur le traitement de l'), par Gortini	630

P

Panaris nerveux (Le), par Quinquaud.	700
Papillome de la peau (Étude clinique du), par Hardavay	612
Papules humides de la peau (Sur les), Rocco di Luca.	434
Parasites de la lèpre (Note sur le siège des), par Cornil et Suchard	653
Parasite de la syphilis; par Aufrecht.	425
Parasites (Les) et les maladies parasitaires chez l'homme, les animaux domestiques et les animaux sauvages avec lesquels ils peuvent être en contact, par P. Mégnin	443
Peau (Anatomie de la), suite de l'étude des phanères (odontoides et dents), par J. Renaut.	201
Peau (Anatomie de la), étude des agents de la contractilité entrant dans la composition du tégument externe, par J. Renaut	237
Peau (Anatomie et physiologie de la), Revue générale, par Chambard.	538
Peau (Anatomie pathologique de la), Revue générale, par Chambard.	328
Peau (Traité de matière médicale et de thérapeutique de la), par Piffard	446
Peau (Tumeur de la), à évolution clinique analogue à celle du cancer (cancer clinique) et à détermination histologique ambiguë participant des caractères du lymphadénome et du granulome.	637
Pellagre (Sur le rôle attribué au maïs dans la production de la), par Faye.	404
Pellagre (Cas de), par Hardy.	719
Pellagre (Altération des nerfs cutanés dans la), par Déjerine	719

	Pages.
Pellagre (Manifestation de la), dans la plaine de Crémone, par Ercolano	762
Pellagre (La) en Italie pendant l'année 1879	762
Pemphigus aigu (Contribution à l'étude du), par P. Spillmann.	66
Pemphigus (Du), et du polymorphisme dans les maladies de la peau, par Landowski	98
Pemphigus congénital syphilitique, par E. Labat.	127
Pemphigus prurigineux recurrent consécutif à la suppression des règles, par Duncan	611
Phagédénique (Camphre salicylé dans les ulcères), par Lajoue.	392
Phlyctènes (Les), dans la fracture de jambe, par Giorgio Maucacci.	766
Phtisie pulmonaire syphilitique. Guérison par Ganthie.	567
Pityriasis versicolor (Variété annulaire du), par Unna	135
Pityriasis maculata et circinata, par L.-A. Duhring.	613
Poil (Sur une affection rare du), par W.-G. Smith.	147
Prépustulation et la pustulation varioliques (Nouvelles recherches anatomiques sur la), par J. Renaut	1
Prépustulation et de la pustulation varioliques (A propos de), Lettres de H. Leloir et de J. Renaut.	463-466
Prostitution (Mesures de police pour surveiller la), à Berlin, par Skrzeczka.	164
Prostitution (Rapport sur la), à Bologne, par Gamberini	631
Pseudomembraneuses (Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions) sur les muqueuses et la peau, par H. Leloir.	367
Psoriasis (Contribution au traitement du), par Lang.	409
Pustules (Contribution à l'étude de la formation des) et des vésicules sur la peau et les muqueuses, par H. Leloir.	365

Q

Quinique (De l'eczéma), par Ackermann.	100
Quinique (Cas d'érythème), par Karl Denk.	133
Quinquaud et Ullmann. — Étude clinique sur la syphilis des vieillards.	247-502
Quinquaud. — Le panaris nerveux.	700

R

Rash (Étude générale des), par Barthélemy.	553-705
Renaut (J.) — Nouvelles recherches anatomiques sur la prépustulation et la pustulation varioliques.	1

	Pages.
Renaut (J.) — Anatomie de la peau. Suite de l'étude des phanères (Otondoides et dents)	201
Renaut (J.) — Anatomie de la peau. Étude des agents de la contractilité entrant dans la composition du tégument eutané	237
Rigal. — Observation pour servir à l'histoire de la chéloïde diffuse xanthélasnique	491

S

Sclérodémie en plaques (Note sur un cas de dermatosclérose partielle ou de) par Barthélemy	663
Serofule et tuberculose, Revue critique par P. Merklen	343-691
Serofule et bubon phagédénique, par Péau	558
Seborrhéiques (Verrues) ou verrues plates de la vieillesse, par Barthélemy	535
Sensibilité cutanée (Les altérations de la) dans leurs relations avec les anomalies du sympathique, par Giovanni	152
Simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants, par H. Fournier	416
Spillmann (Paul). — Contribution à l'histoire du pemphigus aigu	66
Spillmann (Paul). — Rétrécissement du vagin survenu chez une femme atteinte de syphilis tertiaire. Dilatation consécutive et mécanique du canal de l'urètre	324
Suchard et Cornil. — Note sur le siège des parasites de la lèpre	653
Syccosis non parasitaire généralisé (sur un cas de) ou de folliculites agminées remarquablement nombreuses par Barthélemy	523
Syphilis (Parasite de la), par Aufrecht	425
Syphilitique (Du virus et de sa transmissibilité), par Horteloup	724
Syphilis (Inoculation de la) par le rasoir, par Cochez	114
Syphilis vaccinale, par A. Fournier	128
Syphilitique (Laryngopathie) secondaire, par Gouguenheim	115
Syphilis (Lympho-adénopathies symptomatiques de la), par Ch. Mauriac	124
Syphilis (Sur les affections de l'oreille moyenne dans les premières périodes de la), par Sturgis	165
Syphilis secondaire (Les psychoses de la), par Kiernan	168
Syphilitiques (Papules) de la conjonctive palpébrale et bulbaire, par Dor	323
Syphilides génitales ulcéreuses, par A. Fournier	382
Syphilis pigmentaire, par Schwimmer	604
Syphilis (Marche de la) chez les femmes grosses, par Mewis	770
Syphilitique (Un cas de pemphigus), par Gajasy	771
Syphilis datant de six mois. Néphrite aiguë, urémie, œdème pulmonaire, guérison, par Burkmann	774

	Pages.
Syphilitiques (Mémoire sur les affections) précoces du tissu cellulaire sous-cutané, par C. Mauriac	44-471
Syphilis maligne précoce, par Gouguenheim	383
Syphilis ignorées; par A. Fournier	123
Syphilis tertiaire dans la seconde enfance et chez les adolescents, par Roussel	732
Syphilitiques (Gommes), par Langenbeck	772
Syphilitiques (Gommes) et tubercules, par Brissaud	727
Syphilis cérébrale (Quatre observations de), par Bernheim	106
Syphilitique (Thrombose) de l'artère basilaire, ramollissement nécrobiotique du pont de Varole; double hémiplégie et anarthrie, par Althaus	166
Syphilis : crises épileptiformes et hémiplégie gauche; double névrite optique; guérison par l'iodure de potassium, par Russel	169
Syphilis cérébrale, par Erb, Gowers, Paetsch	426
Syphilis cérébrale succédant à un traumatisme céphalique, par Chevalier	568
Syphilis cérébrale, par Lang	776
Syphilitique (Un cas de mal de Pott d'origine), par A. Fournier	19
Syphilis des alvéoles dentaires (Note sur deux cas de), par Aguilhou de Sarrau	111
Syphilitique (Fistule d'origine) de la voûte palatine, par Trélat	384
Syphilis présumée. Fracture du fémur par effort musculaire, par Vallin	569
Syphilis osseuse et musculaire par Tommaso de Amicis	623
Syphilis pulmonaire (La). Études théoriques et cliniques par Gambellini	169
Syphilitique (Phtisie pulmonaire), par Ganthie	567
Syphilitique (Rétrécissement) de la trachée et des bronches, par Oudin	728
Syphilis pulmonaire, par Cube	773
Syphilitique (Lésions cardiaques d'origine), par Mayer, Ehrlich	428
Syphilis hépatique, par Demange	127
Syphilitiques (Mastoïte et parotidite), par E. Lang	160
Syphilis des voies digestives par Laugreuter	431
Syphilitique (Entéro-péritonite), par Primo Ferrari	621
Syphilis de la rate, par Gold	774
Syphilis (de la) viscérale et particulièrement de la syphilis rénale (Néphrites d'origine spécifique), par Barthélemy	272
Syphilis tertiaire (Rétrécissement du vagin survenu chez une femme atteinte de) Dilatation consécutive et mécanique du canal de l'urètre, par P. Spillmann	324
Syphilis héréditaire; diagnostic de quelques-unes de ses formes, par Parrot	113

	Pages.
Syphilitique (Pemphigus) congénital, par E. Labat.	127
Syphilitiques (Température chez les enfants), par Holm.	155
Syphilis infantile, par Parrot.	370
Syphilis héréditaire et rachitisme, par Parrot.	370
Syphilis desquamative de la langue, par Parrot.	370
Syphilis héréditaire (Maladies osseuses produites par la), par Celso Pellizzari et Alessandro Rafani.	438
Syphilis constitutionnelle et congénitale, par Depaul.	564
Syphilis héréditaire (Lésions osseuses chez les enfants atteints de), alté- rations chondro-calcaires gélatiniformes et ostéophytiques, par Parrot.	566
Syphilis congénitale de la gorge, par Mackensie.	626
Syphilis congénitale (Paralysie des nerfs crâniens dans la), par Nettleship.	628
Syphilitique (Atrophie) des dents, par Parrot.	730
Syphilis héréditaire, par Behrend.	782
Syphilis (Relations de l'hydramnios avec la), par Bar.	788
Syphilis des vieillards (Étude clinique sur la), par Quinquaud et Ullmann.	217-502
Syphilis chez les vieillards (Manifestations tardives de la), par Terrier et Luc.	379
Syphilis chez les dartreux, par Revillet.	538
Syphilis chez les scrofuleux, par Guibout.	538
Syphilis et traumatisme en pathologie oculaire, par Lalanne.	538
Syphilis (De la) suivant les races et suivant les climats, par le Dr Rey, (lettre de L. Jullien).	193
Syphilis chez une négresse, par Barthélemy.	326
Syphilis (De la destruction du chancre, comme moyen abortif de la). Voyez Chancre.	
Syphilis (Du traitement de la) par les injections sous-cutanées de so- lutions mercurielles, par Terrillon.	110
Syphilis (Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammo- nique dans le traitement de la), par Martineau.	720
Syphilis rebelle. Injection sous-cutanée de peptonate de mercure. Gué- rison.	732
Syphilis (Traitement général de la) par Sigmund.	161
Syphilis (Thérapeutique de la), par Martineau.	385
Syphilis (Traitement de la) par les eaux thermales, discussion.	387
Syphilis (Actions du mercure dans la), par Vajda et Paschkis, Ober- laender.	432
Syphilis (Traitement de la), par la pilocarpine, par Lewin et Zeissl.	781
Syphilis (Traitement de la) par la teinture de tayuya, par Pelizzari et Graziansky.	781
Syphilitiques (Maladies) et vénériennes. Thèses soutenues en 1880.	196

T

Taches bleues (Les) et les phtirius, par Duguet et Gibier (de Savigny).	357
Taches pigmentaires de la peau (Contribution à l'étude des), par Demieville	424
Teigne faveuse (Diagnostic de la), par P. Aubert.	34
Teigne faveuse (Rôle du traumatisme dans l'étiologie de la), par P. Aubert	289
Thérapeutique (Notes de)	633
Tuberculose de la peau, par Jarisch et Chiari.	608

U

Ulcères virulents (Traitement des) par le raclage, par M. Sée. . . .	122
Ullmann et Quinquaud. — Étude clinique sur la syphilis des vieillards.	247
Urticaire provoquée par le baume du Pérou, par Mögling.	144
Urticaire provoquée par la teinture de pimprenelle, par Kaufmann.	422
Urticaire avec analgésie de la jambe droite et d'autres troubles nerveux, par Stampacchia.	450
Urticaire et asthme, par C. Paul, N. Gueneau de Mussy, Guéraud et Pourcher.	718

V

Vaginite blennorrhagique (Traitement de la), par C. Paul.	391
Vaginite aiguë (Traitement de la), par Rendu.	391
Vaillard et Arnozan. — Myomes à fibres lisses, multiples, confluent et isolés de la peau.	60
Varioliques (Nouvelles recherches anatomiques sur la prépuustulation et la pustulation), par J. Renaut.	1
Vénérien (Catarrhe) chez la femme, par Rocco de Luca.	439
Vénérien (Le péril) dans les familles, par Diday.	456
Verrues séborrhéiques ou verrues plates de la vieillesse, par Barthélemy	535

X

Xanthélasme (Chéloïde diffuse), par Rigal.	494
Xanthome en tumeur (Observation d'un cas de), par Brachet et Monnard	658

Z

Zona (Quelques considérations étiologiques sur le), par Fabre. . .	101
--	-----

LE GÉRANT : MASSON.

Société d'imprimerie PAUL DUPONT. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 65.10.81.

OCT 21 1919

